This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES
fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU.

65e ANNÉE

Revue de Thérapeutique

MÉDICO-CHIRURGICALE

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, fondé en **1833** par le Professeur TROUSSEAU

COMITÉ DE DIRECTION

Prof. **BOUCHARD**
Membre de l'Institut.
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Prof. **GUYON**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Necker.

Prof. **LANNELONGUE**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Prof. **LANDOUZY**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Prof. **FOURNIER**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

RÉDACTION

Dr **BENOIT**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BERNE**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BLONDEL**, ex-préparat. de la Faculté.
Dr **CASTEX**, chargé de Cours à la Faculté.
Dr **CHASSEVANT**, prof. agr. à la Faculté.
Dr **CHEVALIER**, chirurgien des hôpitaux.
Dr **DEMELIN**, accoucheur des hôpitaux.
Dr **KOPFF**, ex-président de la Soc. d'opht.
Dr **LESAGE**, médecin des hôpitaux.
Dr **LYON**, ex-chef de clinique de la Faculté.
Dr **MOREL-LAVALLÉE**, méd. des hôp.
Dr **SÉMELAIGNE**, ex-interne des hôpit.
Dr **SOUPAULT**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **THIERCELIN**, ex-int. des hôpitaux.
Dr **VOGT**, ex-assistant de la Fac. de Genève.

Dr **DEERING**. — **M. DUNCAN**. — Dr **HIRSCHBERG**. — Dr **B. TAFT**.

Revue des Publications étrangères.

Rédacteur en Chef : Dr **RAOUL BLONDEL**
Chef de Laboratoire à la Charité, Lauréat de la Faculté, Secrétaire général-adjoint de la Société de Thérapeutique.

Secrétaire de la Rédaction : Dr **E. VOGT**
Ex-assistant de la Faculté de Genève, Secrétaire de la Société de Thérapeutique.

Rédaction :
8, rue de Castellane

Abonnements, vente au numéro et publicité :
Librairie FÉLIX ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Abonnements : FRANCE, **12** fr. — ÉTRANGER, **13** fr.

1898

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1898

Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
APR 18 1899
LIBRARY.

CATALOGUED
APR 18 1899
E. H. B.

BOSTON MEDICAL
APR 13 1899
LIBRARY
4829

TRAVAUX ORIGINAUX

LA VOIX EUNUCHOÏDE

Interprétation pathogénique et traitement,

Par le Dr Eugène Kraus (de Paris).

Fournié a désigné sous le nom de voix eunuchoïde la singulière voix, qui accompagne chez l'homme et moins distinctement chez la femme la puberté, et qui dans certains cas, à la désolation des individus atteints, persiste au delà de la durée normale de la mue.

Le médecin n'a à intervenir que dans ces cas, c'est-à-dire lorsque la mue se prolonge démesurément ou lorsqu'elle s'est arrêtée en route, bref lorsque la transformation de la voix eunuchoïde en voix de poitrine ne s'est *pas* faite ou bien s'est faite *incomplètement*.

Selon le degré auquel cette transformation est arrivée nous rencontrerons différents types de voix eunuchoïde dont nous énumérons ci-joint les plus caractéristiques : 1° ceux où la voix eunuchoïde est la seule dont l'individu dispose; 2° ceux où la voix de poitrine est possible mais avec des efforts qui fatiguent : dès que ces efforts cessent volontairement ou involontairement la voix redevient eunuchoïde, et, 3° ceux qui, ordinairement, parlent de poitrine, mais dont la voix devient subitement haute, eunuchoïde, dès que ces sujets s'agitent, et veulent élever la voix.

Nos connaissances concernant les changements anatomiques qui se produisent dans le larynx pendant la période de la mue sont minimes. Nous savons que tous les tissus du larynx se développent rapidement pendant cette période, mais ce fait ne suffit pas à expliquer les phénomènes acoustiques de la voix eunuchoïde et laisse le champ libre aux hypothèses.

On a expliqué la voix eunuchoïde *par le relâchement* des cordes : certains auteurs ont prétendu l'avoir constaté pendant la mue. Or, il est peu vraisemblable qu'une corde en état de relâchement puisse produire des notes plus élevées que la même corde en état de tension. Nous croyons en plus que l'on ne s'est pas rendu compte du fait que la traction de la langue au moment de l'examen laryngoscopique suffit à elle seule pour produire un relâchement des cordes vocales. *Les personnes présentant la voix eunuchoïde peuvent parfaitement émettre des notes de poitrine lorsqu'elles tirent la langue.* Nous croyons être le premier à signaler ce phénomène.

D'autres auteurs ont attribué la voix eunuchoïde *à une congestion des cordes vocales.* Mais dans nombre de cas cette congestion fait défaut et même si elle existait toujours elle pourrait à la rigueur expliquer la raucité de la voix, mais devrait plutôt provoquer une émission de notes plus graves, étant donné qu'elle augmente le volume des cordes. De deux cordes de longueur égale la plus épaisse produit des notes plus graves.

La théorie la plus généralement acceptée est celle qui explique la voix eunuchoïde par *l'hypertension des cordes vocales.* Nous sommes partisan de cette théorie *quant au fait même* de l'hypertension, *mais notre opinion diffère totalement* de toutes les opinions émises jusqu'à ce jour en ce qui concerne *l'origine et le mécanisme* de cette hypertension.

Ces deux théories expliquent l'hypertension uniquement par une *action pathologique des muscles du larynx.* D'après la première il s'agirait de spasmes, d'une espèce de névrose fonctionnelle comme dans l'aphonie spastique; d'après la seconde il s'agirait d'une ataxie des muscles du larynx. Nos recherches nous ont fait complètement abandonner les théories musculaires et voici les considérations sur lesquelles nous basons notre nouvelle théorie.

Nous croyons d'abord que la tension des cordes vocales n'est pas, comme on le croit généralement, due à l'action exclusive des muscles du larynx. Tous les muscles de la gorge et du cou qui directement ou indirectement sont capables d'agir sur le larynx peuvent contribuer à la tension des cordes vocales. Ce phénomène devient surtout manifeste lorsque nous émettons des notes de fausset. A ce moment le doigt posé sur le cou au-dessus de l'os hyoïde éprouve un véritable choc, et nous sentons distinctement une contraction des muscles sus-hyoïdiens qui tire l'os hyoïde et le cartilage thyroïde en avant.

Le registre de la voix eunuchoïde ressemble tout à fait à celui de la voix de fausset et devrait forcément, *caeteris paribus*, nécessiter les mêmes efforts musculaires. Or, ce n'est pas le cas. La contraction des muscles sus-hyoïdiens fait défaut dans la voix eunuchoïde.

Nous faisons des efforts très sensibles pour chanter en fausset, mais l'eunuchoïde ne fait aucun effort pour se servir de sa voix aiguë. Bien au contraire, lorsque plus tard la voix de poitrine commence à se développer, le sujet se sert volontiers pour se reposer de sa voix eunuchoïde, qui ne le fatigue pas.

Cette observation nous a fait admettre que le mécanisme des deux voix ne pouvait être le même et nous a fait rechercher d'autres causes à l'hypertension évidente des cordes vocales. Ces causes, nous croyons devoir les attribuer à la conformation de la charpente cartilagineuse du larynx, conformation qui se modifie au cours de la mue normale; ces modifications se font plus lentement ou incomplètement dans les cas anormaux. L'expérience de Meyer qui démontra que la compression du larynx d'avant en arrière fait instantanément apparaître la voix de poitrine, est venue confirmer notre opinion.

Le point de départ de notre théorie est le suivant : Dans le larynx normal les cordes vocales sont *relâchées* au moment du repos, de l'inactivité. *Ce n'est qu'au moment de la phonation qu'elles se tendent et cela uniquement par action musculaire.* Pour les registres élevés l'action des muscles du larynx est augmentée par celle des muscles de la gorge et du cou qui tendent à exagérer la tension des cordes vocales en tirant le cartilage thyroïde en avant et en fixant les parties postérieures du larynx. Ce mouvement en avant du cartilage thyroïde est assez restreint, nous croyons qu'il est, au moins pendant le fausset, aug-

menté par le fait que la traction en avant change temporairement la conformation de l'arc formé par le cartilage thyroïde. *Cet arc devient alors plus long dans le sens antéro-postérieur* et par conséquent plus aplati latéralement. Dès que les efforts musculaires cessent, l'arc cartilagineux reprend sa forme primitive, les cordes se détendent.

A l'époque de la mue tout change. Tous les tissus du larynx se développent rapidement. Mais nous croyons, et c'est spécialement sur ce point que nous voulons insister, que la charpente cartilagineuse se développe d'abord sous une forme plus allongée dans son diamètre antéro-postérieur et moins évasée, bref sous la forme que nous lui donnerons plus tard passagèrement lorsque nous émettons des notes de tête. Cette forme crée au début une disproportion entre les dimensions dans le sens antéro-postérieur du larynx cartilagineux et celles des cordes vocales. *Cette disproportion a pour effet de maintenir les cordes vocales tendues même au repos.* Cette tension n'est donc pas l'effet d'une action musculaire, elle est permanente et dépend uniquement de la forme des cartilages. Au moment de la phonation les contractions les plus légères des muscles augmenteront alors la tension permanente et produiront cette hypertension qui est la cause de la voix eunuchoïde. Ceci nous explique pourquoi les eunuchoïdes émettent leur voix sans aucune fatigue : cette émission ne nécessite que très peu d'efforts musculaires.

Petit à petit la disproportion que nous venons de signaler disparaît par l'intervention de certains muscles du pharynx qui peuvent momentanément aplatir le larynx dans le sens antéro-postérieur et qui de cette façon produisent une détente des cordes vocales. Au début ces efforts musculaires sont difficiles et fatigants et le larynx reprend sa forme allongée, eunuchoïde dès que ces efforts cessent. A la longue ces efforts nombreux ont pour effet d'aplatir le larynx d'une façon permanente et de raccourcir de cette façon son diamètre antéro-postérieur. Lorsque ce raccourcissement sera établi d'une façon définitive les cordes vocales resteront détendues au moment du repos, la voix de poitrine deviendra permanente. Cette transformation de la charpente cartilagineuse du larynx met en moyenne dix-huit mois à s'établir. Dans certains cas elle se fait plus lentement, dans d'autres cas elle ne se fait pas du tout ou incomplètement, et selon le degré auquel cette transformation est arrivée nous rencontrerons alors les différents types de voix eunuchoïde.

Notre théorie se basant sur l'hypothèse d'un développement excessif du diamètre antéro-postérieur du larynx cartilagineux nous indiquait tout naturellement le chemin à suivre pour instituer le traitement de cette affection, restée jusqu'ici rebelle à toutes les méthodes thérapeutiques. Il fallait achever l'évolution physiologique du larynx qui s'était arrêtée en route, il fallait aplatir le larynx dans le sens antéro-postérieur afin de permettre aux cordes de se détendre au moment du repos.

Après de nombreux essais nous sommes arrivé à imaginer un appareil qui nous permet d'arriver aussi facilement que sûrement au résultat cherché. Notre appareil auquel nous avons donné le nom de *Redresseur laryngien* se compose d'un cadre en acier qui prend appui sur le cou du malade par deux pelotes, une grande, fixe, postérieure, qui s'applique sur la nuque, et une petite antérieure, rendue mobile dans le sens antéro-postérieur au moyen d'un pas-de-vis. Cette dernière pelote s'applique sur le cartilage thyroïde au-dessous de la pomme d'Adam. La vis nous permet de graduer la compression à volonté. Une courroie en T fixe l'appareil à la tête et empêche que le larynx au moment de la déglutition ne remonte au-dessus de l'appareil.

Notre appareil nous a permis de faire disparaître en cinq à dix jours des voix eunu-

choïdes qui jusqu'alors avaient résisté à tout autre traitement. Nous plaçons le redresseur sur le cou du malade pendant une heure environ par jour et nous répétons les applications journellement jusqu'à la transformation complète de la voix, que nous obtenons comme nous le disions en cinq à dix jours.

Le redressement du larynx se produisant graduellement, le traitement n'occasionne pas la moindre douleur. La rapidité de l'effet s'explique aisément si l'on considère que la correction nécessaire ne peut guère dépasser quelques millimètres. Notre redresseur du reste nous permettrait d'obtenir des corrections beaucoup plus considérables, si c'était nécessaire.

Le traitement que nous venons de décrire s'applique à tous les degrés de la voix eunuchoïde et est absolument indépendant de l'âge des sujets.

DE LA SAIGNÉE RECTIFIÉE

(désintoxication du sang)

dans la thérapeutique générale des maladies infectieuses.

Par le Dr Henri Barré.

I

Quatre grandes épidémies se partagent à l'heure actuelle, à des titres divers, l'attention du monde médical : la *peste,* dans les Indes, qui après avoir paru presque s'éteindre depuis le printemps dernier, semble aujourd'hui reprendre avec une nouvelle vigueur et dépasser déjà la mortalité de l'année dernière à pareille époque ; la *fièvre jaune,* à Cuba, à laquelle ont succombé, d'après les chiffres officiels, près de 14,000 soldats espagnols (1) et dont les progrès commencent à inquiéter tout le sud des Etats-Unis ; la *fièvre typhoïde* (ou peut-être le *typhus*) qui fait tous les jours de nombreuses victimes à Maidstone, en Angleterre, et dont l'apparition à Londres même vient d'être signalée ; enfin, la *variole,* dont la marche rapide dans l'île de Chypre fait fuir au loin les populations des localités envahies.

Devant ces différents fléaux qui, il ne faut pas se faire d'illusion, peuvent d'un moment à l'autre franchir les barrières derrière lesquelles on cherche à les tenir cantonnés, il nous a paru utile d'étudier quels sont les moyens de traitement que la science met à notre disposition pour aider l'organisme à se défendre contre les microbes qui l'ont envahi.

(1) Burot et Legrand. *Les troupes coloniales ; statistique de la mortalité.* Paris, 1897.

Nous ne parlerons pas ici des cas légers ou moyennement graves qui guérissent d'eux-mêmes pourvu qu'aucune imprudence ne soit commise par le malade, ou qu'aucune médication intempestive ne soit ordonnée par le médecin. Il n'en est malheureusement pas de même dans les cas graves ; là, le médecin semble presque absolument désarmé et, si on vient à ouvrir les livres classiques à l'endroit où doit être indiqué le traitement, on y trouve aussitôt l'aveu découragé de cette fréquente impuissance.

Il est vrai que, grâce aux travaux d'un grand nombre de savants de tous les pays, marchant à la suite de Pasteur, on semble entrevoir le moment où, loin d'être impuissant en face d'un malade en proie à une fièvre infectieuse grave, le médecin aura enfin en main un moyen d'action sûr et efficace par l'emploi des ***sérums thérapeutiques***.

Mais quand luira ce jour? Les premiers essais faits avec le *sérum antistreptococcique* (dans l'érysipèle et la fièvre puerpérale) et avec le ***sérum*** *antipesteux* de Yersin n'avaient fait qu'accroître l'enthousiasme légitime soulevé par la découverte du *sérum antidiphtérique* de Behring et Roux; mais les échecs fréquents qui ont suivi leur emploi, parfois même les accidents, ont beaucoup refroidi l'ardeur de leurs partisans qui maintenant ne les conseillent plus guère qu'à titre préventif. Malgré cet insuccès partiel, et avec raison, car il semble bien que l'avenir est là, de tous côtés, de patients chercheurs s'attachent ardemment à la solution de ce problème passionnant.

Cependant, arriverait-on à trouver pour chaque maladie infectieuse un *sérum thérapeutique* aussi puissant que le ***sérum antidiphtérique*** dont les effets bienfaisants sont indiscutables dans la plupart des cas, il faut bien reconnaître que la solution ne serait pas encore parfaite; il y aurait encore, comme pour la diphtérie, où ils se montent à 14 0/0 en moyenne, des malades que ces sérums ne parviendraient pas à guérir. Faudrait-il donc les abandonner sans espoir de guérison?

De plus, n'est-il pas permis de penser que dans certaines épidémies à extension rapide, le sérum pourrait venir à manquer? Ou encore, quoique étant en quantité suffisante, ne pourrait-il pas arriver, comme on l'a vu malheureusement pour le *sérum antipesteux*, qu'il se trouve moins efficace qu'on ne se croyait en droit de l'espérer, soit qu'il ait été préparé trop hâtivement, soit qu'il soit trop ancien, soit pour toute autre cause?

Il ne faut donc pas que les médecins s'hypnotisent trop sur cette question des *sérums thérapeutiques* et, en attendant sa solution, peut-être lointaine, peut-être très incomplète, il est bon de rechercher si, en dehors des laboratoires, il n'existerait pas, dans notre vieil arsenal thérapeutique, des armes qui différemment ou plus habilement maniées qu'autrefois, nous permettraient plus souvent d'obtenir ce but unique de nos efforts, la guérison des malades confiés à nos soins. C'est à démontrer cette vérité que tendra ce travail ; puisse-t-il être jugé avec indulgence par ceux de nos confrères qui nous feront l'honneur de le lire.

II

Mais avant d'aller plus loin, pour ne pas être accusé de marcher en aveugle, nous devons nous demander d'abord quelle est la cause de la mort dans les maladies infectieuses.

Il nous sera facile de répondre à cette question, car à ce sujet l'accord semble général aujourd'hui.

Si, en effet, il n'y a encore que quelques années on déclarait que nous mourrions nécessairement par le poumon, par le cerveau ou par le cœur, on reconnaît actuellement que, si ces organes sont le plus souvent gravement intéressés avant et pendant la période agonique, leurs lésions, pour considérables qu'elles soient, ne sont pas forcément la cause même de la mort, car elles sont parfois aussi profondes et même plus profondes dans certaines maladies qui cependant aboutissent facilement à la guérison; il faut donc chercher ailleurs la cause même de la mort et nous la trouvons, avec la majorité des auteurs modernes, dans l'intoxication excessive du sang.

C'est à celle-ci qu'il faut attribuer, en réalité, la plupart des symptômes graves présentés avant la mort : dyspnée, délire, coma, etc., aussi bien que la plupart des lésions congestives, hypostatiques ou de dégénérescence constatées dans les autopsies.

Mais, s'il est reconnu que l'intoxication du sang est bien la cause *directe* de la mort dans les maladies infectieuses (1), il est nécessaire de pousser plus loin l'analyse et de se demander maintenant quelle est l'origine de cette intoxication du sang elle-même.

C'est d'abord, de toute évidence, la formation de plus en plus considérable de toxines que sécrètent à chaque instant dans l'organisme les microbes qui y pullulent (2). L'organisme cherche bien à se défendre par tous les moyens mis à sa disposition : une partie de ces poisons est détruite dans le foie et éliminée par la bile; une autre est comburée dans nos tissus et contribue, avec la première, à élever ainsi la température, déterminant de la sorte ce qu'on appelle la *fièvre;* une autre est éliminée, soit par l'estomac sous forme de vomissements, soit par l'intestin sous forme de diarrhée, soit encore par des épistaxis ou des hémorragies spontanées, comme dans la fièvre typhoïde ou la fièvre jaune, mais la plus grande partie tend d'abord à être expulsée par les reins eux-mêmes.

La fonction urinaire est, en effet, la grande voie d'élimination des toxines microbiennes, comme des autres poisons organiques; c'est Bouchard (3) le premier, puis ses élèves, spécialement Charrin, qui dans leurs recherches expérimentales en ont fait voir toute l'importance, non seulement dans les fièvres infectieuses, mais aussi dans les grandes intoxications organiques, telles que l'urémie, l'éclampsie, etc.

La même démonstration a été faite sur le terrain clinique et journellement nos maîtres les plus renommés, retournant l'ancienne proposition d'après laquelle on mourrait toujours par le poumon, par le cerveau ou par le cœur, nous enseignent que c'est surtout par le rein, ou plutôt faute du rein, que l'on meurt. Aussi peut-on poser en principe que si dépuration urinaire pouvait, par impossible, rester suffisante, il n'y aurait jamais d'accidents généraux; c'est ce qui semble se passer, en réalité, dans la période dite d'*incubation* ou dans les *formes ambulatoires*, où, pour employer une expression très usitée dans les lésions cardiaques, il paraît y avoir une sorte de *compensation*, qui cesse le jour même où les urines se faisant plus rares (par le mécanisme que nous allons discuter) provoquent ainsi, par la rétention des toxines dans le sang, les symptômes visibles de l'intoxication commençante : frisson, céphalalgie, élévation de température, etc. L'arrêt ou au moins la diminution considérable de la sécrétion urinaire étant donc la cause de l'accumulation des toxines dans l'organisme est, en dernière analyse, la cause *indirecte*, mais *réelle*, non seulement des phénomènes graves présentés par les malades, mais aussi de la mort elle-même, si l'obstacle ne parvient pas à être levé.

1. Sauf évidemment dans certaines complications telles que la péritonite par perforation, les hémorragies intestinales, les embolies mortelles, les suppurations prolongées, etc.

2. Charrin. *Les défenses naturelles de l'organisme contre l'infection.* (*Sem. méd.*, 10 déc. 1892.)

(3) Bouchard. Leçons professées à la Faculté.

III

Nous devons être reconnaissants à nos maîtres d'avoir attiré notre attention sur cette importance de la fonction urinaire dans la plupart des maladies. On avait bien constaté autrefois la coïncidence fréquente de la rareté des urines et de l'aggravation des malades, mais on n'y voyait pas assez une relation de cause à effet et c'est à peine si, dans les livres classiques, le plus justement réputés, on y faisait allusion par une ou deux lignes, même dans les monographies les plus étendues ; il semblait que c'était là une question secondaire, un symptôme accessoire qui ne méritait pas de retenir l'attention. Celle-ci se concentrait, presque exclusivement, sur la présence ou non de l'albumine, sans qu'il en résultât d'ailleurs une indication bien nette pour le traitement.

Si, aujourd'hui, nous voyons plus juste, il faut bien reconnaître que notre thérapeutique ne s'inspire peut-être pas suffisamment de cette notion si lentement acquise. Que voyons-nous en effet dans la pratique ? Tant que la fièvre infectieuse suit son cours à peu près régulier, nous veillons avec soin à ce que le malade prenne des boissons abondantes pour faciliter la diurèse ; mais celle-ci vient-elle à diminuer et, par suite, des complications cérébrales, thoraciques ou autres viennent-elles à apparaître, aussitôt nous nous décourageons et nous semblons nous reconnaître impuissants à rétablir le fonctionnement, si précieux, des organes rénaux ; avec raison, nous nous rejetons, par exemple, sur les purgatifs, pour suppléer, au moins provisoirement, à la voie d'élimination qui tend à se fermer ; cela va bien tant que la vie n'est pas en danger, mais la mort vient elle à menacer enfin notre malade, nous perdons toute contenance et nous ne savons plus à quel moyen recourir pour écarter le danger.

En réalité, cette contradiction entre l'opinion actuelle des médecins sur l'importance de la diurèse, dans les maladies infectieuses, et le peu d'importance de leurs effets pour la rétablir est plus apparente que réelle ; elle est la conséquence forcée de la théorie, actuellement classique, sur la cause de l'arrêt des fonctions rénales.

IV

En effet, à cette question : Pourquoi les reins ne fonctionnent-ils pas ? que répondent les auteurs modernes, et cela aussi bien pour les maladies infectieuses que pour l'urémie, l'éclampsie et toutes les autres intoxications d'origine microbienne ou organique ? Consultons-les et nous verrons que la plupart attribuent l'arrêt de la diurèse aux *lésions anatomiques, aiguës ou chroniques* que présente le rein ; ce qui revient à dire que si cet organe ne fonctionne plus, c'est qu'il est dans l'*impossibilité matérielle* de le faire.

Que cette théorie de l'*altération rénale* réponde à un certain nombre de cas, c'est-à-dire que souvent la diminution de la diurèse coïncide avec l'aggravation des lésions rénales et en soit même la conséquence directe, c'est là un fait indiscutable, surtout pour les lésions d'ordre chirurgical, telles que l'hydronéphrose, la pyélo-néphrite, etc. ; mais ce qui est certain également, c'est que cette théorie ne peut suffire à expliquer bien des faits observés, à apparences contradictoires, dont on voudra bien nous permettre de rappeler ici quelques-uns. Nous les présenterons sous forme d'objections à la théorie patho-

III

Nous devons être reconnaissants à nos maîtres d'avoir attiré notre attention sur cette importance de la fonction urinaire dans la plupart des maladies. On avait bien constaté autrefois la coïncidence fréquente de la rareté des urines et de l'aggravation des malades, mais on n'y voyait pas assez une relation de cause à effet et c'est à peine si, dans les livres classiques, le plus justement réputés, on y faisait allusion par une ou deux lignes, même dans les monographies les plus étendues; il semblait que c'était là une question secondaire, un symptôme accessoire qui ne méritait pas de retenir l'attention. Celle-ci se concentrait, presque exclusivement, sur la présence ou non de l'albumine, sans qu'il en résultât d'ailleurs une indication bien nette pour le traitement.

Si, aujourd'hui, nous voyons plus juste, il faut bien reconnaître que notre thérapeutique ne s'inspire peut-être pas suffisamment de cette notion si lentement acquise. Que voyons-nous en effet dans la pratique? Tant que la fièvre infectieuse suit son cours à peu près régulier, nous veillons avec soin à ce que le malade prenne des boissons abondantes pour faciliter la diurèse; mais celle-ci vient-elle à diminuer et, par suite, des complications cérébrales, thoraciques ou autres viennent-elles à apparaître, aussitôt nous nous décourageons et nous semblons nous reconnaître impuissants à rétablir le fonctionnement, si précieux, des organes rénaux; avec raison, nous nous rejetons, par exemple, sur les purgatifs, pour suppléer, au moins provisoirement, à la voie d'élimination qui tend à se fermer; cela va bien tant que la vie n'est pas en danger, mais la mort vient elle à menacer enfin notre malade, nous perdons toute contenance et nous ne savons plus à quel moyen recourir pour écarter le danger.

En réalité, cette contradiction entre l'opinion actuelle des médecins sur l'importance de la diurèse, dans les maladies infectieuses, et le peu d'importance de leurs effets pour la rétablir est plus apparente que réelle; elle est la conséquence forcée de la théorie, actuellement classique, sur la cause de l'arrêt des fonctions rénales.

IV

En effet, à cette question : Pourquoi les reins ne fonctionnent-ils pas? que répondent les auteurs modernes, et cela aussi bien pour les maladies infectieuses que pour l'urémie, l'éclampsie et toutes les autres intoxications d'origine microbienne ou organique? Consultons-les et nous verrons que la plupart attribuent l'arrêt de la diurèse aux *lésions anatomiques, aiguës ou chroniques* que présente le rein; ce qui revient à dire que si cet organe ne fonctionne plus, c'est qu'il est dans l'*impossibilité matérielle* de le faire.

Que cette théorie de l'*altération rénale* réponde à un certain nombre de cas, c'est-à-dire que souvent la diminution de la diurèse coïncide avec l'aggravation des lésions rénales et en soit même la conséquence directe, c'est là un fait indiscutable, surtout pour les lésions d'ordre chirurgical, telles que l'hydronéphrose, la pyélo-néphrite, etc.; mais ce qui est certain également, c'est que cette théorie ne peut suffire à expliquer bien des faits observés, à apparences contradictoires, dont on voudra bien nous permettre de rappeler ici quelques-uns. Nous les présenterons sous forme d'objections à la théorie patho-

génique actuelle des troubles urémiques, nous réservant plus loin d'en faire l'application aux troubles rénaux consécutifs aux fièvres infectieuses.

1° Si les lésions anatomiques du rein sont la cause nécessaire de la diminution de la diurèse et, par suite, des accidents généraux observés, pourquoi est-il si peu rare, dans les autopsies d'urémiques, d'éclamptiques, etc., de ne trouver aucune lésion sérieuse du rein, non seulement macroscopique mais même microscopique?

2° Pourquoi, d'une façon inverse, constate-t-on si exceptionnellement ces phénomènes d'intoxication, par rétention rénale, chez nombre de personnes qui cependant portent des lésions avancées de cet organe, comme, par exemple, les phtisiques, à l'autopsie desquels on trouve, d'après Lecorché, cité par Hanot (1), 7 0/0 de néphrite parenchymateuse, 23 0/0 de néphrite interstitielle et 60 à 66 0/0 de néphrite amyloïde ?

3° Pourquoi dans la néphrite interstitielle des brigtiques, où la structure anatomique du rein est si compromise, celui-ci fonctionne-t-il, au contraire, si abondamment que les pathologistes ont fait de cette polyurie un des signes caractéristiques du petit rein goutteux ?

4° Personne n'ignore que les vésicatoires peuvent produire une néphrite, dite cantharidienne ; pourquoi dans ces cas, pourtant si nombreux, y a-t-il si rarement apparition de phénomènes généraux d'intoxication ?

5° Comment, avec la théorie de l'*altération rénale*, comme cause primitive de l'arrêt de la diurèse et consécutivement de l'apparition des phénomènes urémiques, comment, dis-je, expliquer d'une façon satisfaisante la disparition parfois si rapide de ces troubles généraux, à la suite de certaines interventions thérapeutiques (purgation abondante, par exemple) qui ont provoqué le rétablissement presque parfait de la diurèse? Il est impossible de soutenir que l'*altération rénale* a subitement disparu ; on est donc obligé de reconnaître que, dans nombre de cas, elle n'est pas l'obstacle réel et primitif de la fonction urinaire.

6° Si les lésions rénales sont la cause nécessaire et primitive des troubles urémiques ou similaires, par la rétention des toxines qu'elles provoqueraient *ipso facto*, pour ainsi dire, pourquoi ces troubles n'apparaissent-ils pas progressivement à mesure que les lésions anatomiques s'accentuent? Pourquoi, au contraire, sont-ils si irréguliers et si brusques, aussi bien dans leur début que dans leur guérison ?

Comme on le voit, des objections assez sérieuses peuvent être faites à la théorie classique de l'*altération rénale* comme cause de la cessation ou de la diminution de la diurèse dans les attaques d'urémie ; or, si des lésions rénales importantes, comme celles du petit rein goutteux, ne peuvent suffire à expliquer l'arrêt des fonctions rénales, puisque, précisément dans ce cas, il y a polyurie, elles le peuvent moins encore chez les malades atteints de fièvres infectieuses. Car que trouve-t-on dans les autopsies, aussi bien chez les malades morts de la peste que chez ceux qui ont succombé à la fièvre jaune, au typhus, etc. ? Les reins sont plus ou moins congestionnés, infiltrés ; quelques taches ecchymotiques s'observent parfois sous la capsule ou quelques extravasations sanguines dans le parenchyme ; l'épithélium est tombé par places... et c'est tout. Est-il possible d'admettre qu'à elles seules ces lésions si minimes, puissent empêcher *mécaniquement* la sécrétion rénale, lorsque tout à l'heure nous voyions les lésions si profondes des néphrites chroniques ne

(1) Hanot. Art. « Phtisie », du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 308.

pas produire nécessairement ce résultat et être compatibles avec une bonne santé apparente pendant de longues années ?

Et si on l'admet, quand même, comment expliquer alors cette réapparition brusque des urines, constatée si souvent au moment de la *crise* dans les maladies infectieuses et coïncidant avec une chute de la température et une rémission souvent complète dans les symptômes généraux? Faut-il donc croire que ces lésions qui, la veille encore de la *crise*, étaient un obstacle invincible à la diurèse, ont disparu dans le cours de la nuit et que l'épithélium s'est reformé en quelques heures?

Si ces lésions rénales sont par elles-mêmes incapables d'expliquer d'une façon satisfaisante la diminution de la diurèse, surtout dans les maladies infectieuses, où le plus souvent elles sont si légères, il ne s'ensuit pas pour cela qu'elles soient indifférentes. Loin de là, car si elles ne sont pas la *cause directe* de l'anurie par une sorte d'action *mécanique*, elles en sont très vraisemblablement l'*occasion physiologique;* et voici comment, il me semble, on pourrait admettre que les choses se passent.

Nous l'avons vu, et c'est là maintenant une notion courante, le rein a pour fonction de débarrasser l'organisme des produits toxiques qui envahissent chaque jour celui-ci, même en pleine santé, par le jeu seul de la vie; c'est là son rôle spécial dans cette association d'organes qui constitue le corps humain.

Or, dans les maladies infectieuses, cette production de toxines devient rapidement considérable; c'est donc aux glandes rénales que va revenir la charge d'éliminer ce que le foie, etc., n'aura pas pu détruire. Mais le passage de ces produits irritants, toujours plus ou moins caustiques, ne tarde pas à léser cet organe et l'épithélium des tubes contournés, plus spécialement atteint par ces toxines qui le traversent à chaque instant, ne tarde pas à tomber par places. Cette manière de desquamation interne, comparable à celle que l'on constatera bientôt dans d'autres organes, et même dans la vessie où cependant le revêtement épithélial est plus grossier et plus résistant, n'est que le prélude de lésions plus graves (1). C'est alors que, paraissant songer à sa conservation propre, avant de songer à la conservation de l'individu tout entier, le rein *surmené* et sentant qu'il va bientôt être atteint dans ses forces vives, *se défend* à son tour *et refuse* son service d'élimination, laissant à l'organisme le soin de se débarrasser, au moins provisoirement, par les vomissements, la diarrhée, etc., des toxines qui vont s'y accumuler de plus en plus.

L'idée que nous émettons ici n'a en soi, *a priori*, rien d'inadmissible; car non seulement elle permet de répondre assez facilement à toutes les objections ci-dessus, mais aussi elle ne fait qu'attribuer au rein une certaine propriété de *spontanéité* que l'on accorde bien, en somme, à la plupart des autres organes. Si l'on ne s'étonne pas que l'estomac puisse refuser un aliment nuisible, le poumon rejeter violemment quelques gouttes de liquide accidentellement introduites, pourquoi s'étonnerait-on que le rein, lui aussi, puisse se défendre contre les causes d'irritation trop directes et trop violentes? On admet bien l'*intolérance stomacale*, pourquoi n'admettrait-on pas l'*intolérance rénale?* Comment expliquer autrement les phénomènes si variables, si brusques, si imprévus de ce qu'on est convenu d'appeler la perméabilité rénale? Cette spontanéité du rein n'est-elle pas

(1) N'avons-nous pas d'autres exemples de ce pouvoir irritant et caustique des produits microbiens, dans l'apparition si rapide parfois, de l'érythème inter-fessier (dans la diarrhée) ou de celui de la lèvre supérieure et de l'orifice des narines (dans le coryza aigu)? Si l'épiderme est si sensible à ces écoulements, rien de surprenant que l'épithélium et le parenchyme rénaux soient rapidement touchés.

aussi souvent la meilleure explication de ces faits d'intolérance médicamenteuse, qu'on fait rentrer actuellement sous la rubrique, un peu vague, d'idiosyncrasie? D'ailleurs Vulpian, et après lui les autres physiologistes, n'ont-ils pas reconnu à cet organe un certain *pouvoir sélecteur?*... S'il peut éliminer certaines substances et simultanément refuser le passage à d'autres, par une sorte de *triage*, pour ainsi dire, est-il donc impossible d'admettre qu'il puisse spontanément arrêter toute filtration, s'il s'y voit forcé pour sa propre défense?

Maintenant, par quel mécanisme s'opérerait cet arrêt de la diurèse? Très probablement par cette sorte de *spasme vasculaire* que, le premier, a signalé Dieulafoy (1), frappé lui aussi de plusieurs points faibles de la théorie classique de l'*altération rénale*. Nous avons plus haut comparé l'*intolérance rénale* à l'intolérance stomacale, ce spasme vasculaire serait donc l'analogue de spasme musculaire à l'aide duquel l'estomac rejette au dehors son contenu, avec cette différence toutefois, entre autres, que le vomissement ordinaire, en même temps qu'il protège l'estomac, défend souvent l'organisme contre des produits nuisibles qui ne doivent pas être absorbés, tandis que le spasme vasculaire, ou, si nous osons le dire, le *vomissement rénal* s'il protège le rein d'un côté, par contre il retient dans l'organisme les principes toxiques que celui-ci cherchait à éliminer; c'est en vain que le cœur se contracte avec plus d'énergie (2) que la pression vasculaire s'élève dans le système circulatoire, pour vaincre l'obstacle mis tout à coup à la dépuration de tout l'organisme; le rein ferme de plus en plus le passage et force l'économie à s'adresser à ses moyens artificiels d'élimination : diarrhée, vomissements, etc. L'anurie ou au moins l'oligurie est constituée.

Elle persistera jusqu'à ce que ces diverses voies d'élimination aient peu à peu purifié le sang; ou bien que les phénomènes intimes de réaction de l'organisme, sur les toxines, ayant suffisamment produit de ces substances, dites *antitoxiques*, pour que leur action bienfaisante annihile l'effet irritant produit sur le rein, celui-ci puisse enfin reprendre son rôle, si précieux, de principal émonctoire de l'économie. Si l'un, au moins, de ces deux phénomènes ne se produit pas, même après que le médecin en provoque l'apparition, pour le premier par la médication évacuante ou tout autre, pour le second par l'emploi des *sérums thérapeutiques*, par exemple, les toxines s'accumulent de plus en plus dans le sang, les globules se détruisent, les fibres musculaires du myocarde et des vaisseaux perdent de plus en plus leur force contractile, amenant la diminution progressive de la pression cardio-vasculaire et par là même des conjections passives des principaux organes se manifestant par la dyspnée, le délire, le coma... et la mort ne tarde pas à être la conséquence, *indirecte* je le veux bien, mais *réelle*, de cet arrêt des fonctions rénales.

(*A suivre.*)

(1) Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, tome II. — Dans ses leçons, le Pr Landouzy reconnaît aussi que la théorie actuelle de l'urémie est sujette à bien des objections.

(2) Cette énergie de la systole cardiaque ne va pas du reste tarder à s'affaisser, sous l'influence de l'action nocive des toxines sur les fibres même du myocarde. (Charrin. *Leçons de pathogénie appliquée.*) Cette action de dégénérescence se remarque aussi sur les vaisseaux. C'est l'analogue, sur un terrain différent, de l'action paralysante locale de la toxine diphtéritique sur le voile du palais.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 décembre 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Smester donne lecture d'un pli cacheté déposé par lui en juin 1897, concernant un *nouveau mode de traitement des affections pharyngées et laryngées* au moyen de siphons médicamenteux. L'appareil rappelle le siphon d'eau de Seltz, il est portatif et permet de faire des mélanges médicamenteux en toutes proportions. L'auteur emploie depuis une quinzaine d'années le siphon d'eau de Seltz classique avec lequel il obtient des effets mécaniques et anesthésiques, car le jet projeté dans l'arrière-gorge déterge fortement les mucosités et l'acide carbonique provoque de l'anesthésie locale. Le siphon médicamenteux est chargé d'eau *stérilisée* et peut recevoir des substances actives, telles que du bicarbonate de soude (5 0/0), du chlorate de soude (3 0/0). Il est préférable d'adapter au bec du siphon, dont la direction oblique de haut en bas est gênante, un tube de caoutchouc que l'on peut diriger vers les parties malades. Il est rare que les patients avalent le liquide : l'expérience a démontré que l'on doit au début lancer le jet avec énergie et le diminuer ensuite.

Une seconde note du même auteur se rapporte au *traitement du coryza aigu :* il faut, dans cette affection faire de grands lavages des fosses nasales et y faire passer 1 ou 2 litres de solutions médicamenteuses faibles, telles que du sublimé à 1 : 5000, de l'acide phénique à 1 : 3000, du perchlorure de fer à 1 : 2000. Ce sont les trois solutions qui donnent les meilleurs résultats.

Sans avoir recours à aucun autre traitement concomitant, on peut, avec un seul lavage, avec deux tout au plus, arrêter le coryza aigu. Le liquide, à 35° environ, devra être administré au moyen de la douche d'Esmarch. Il est inutile de prescrire des lavages plus nombreux, car on risquerait de dessécher trop la muqueuse.

Le même traitement peut être appliqué, avec succès, dans la *coqueluche*.

A l'occasion du procès-verbal, M. Bardet revient sur l'importante communication de M. Petit, concernant le *pouvoir rotatoire de la digitoxine*, que cet auteur a trouvé identique à celui de la *digitaline cristallisée*. La question mérite qu'on s'y arrête, car plusieurs auteurs ont attribué à la digitoxine une toxicité trois fois plus élevée que celle de la digitaline. Or, si le pouvoir rotatoire des deux produits est le même, ils doivent être identiques. M. Bardet propose la nomination d'une commission qui sera chargée de faire un rapport sur la question. La Société adopte cette proposition et désigne comme membres de cette Commission : M. Adrian, président, et MM. Petit, Poucher, Portes et Bardet.

M. Camescasse, à propos du travail de M. Mignon, lu à la dernière séance, communique l'observation d'une malade qui présenta, à la suite de l'ingestion en deux jours, de dix paquets de calomel, contenant chacun 4 centigrammes de sel hydrargyrique, un érythème des plus intenses, généra-

lisé à tout le tégument cutané. La desquamation dura quinze jours et fut d'une intensité exceptionnelle. Six mois plus tard, l'administration de cinq nouvelles doses provoqua les mêmes accidents, mais moins accentués : la malade cessa de prendre le calomel.

M. Le Gendre rappelle que des faits de ce genre ne sont pas rares. Dans un cas, un érythème généralisé se déclara chez un malade qui avait pris *une seule pilule* de bichlorure de mercure de 1 centigramme.

M. Pouchet constate que les symptômes présentés par la malade de M. Camescasse sont identiques à ceux provoqués par l'ingestion de sels mercuriques *solubles*. Il est donc possible que le calomel employé n'était pas pur.

M. Le Gendre se demande si l'on ne pourrait pas admettre comme possible chez certaines personnes présentant un suc gastrique très acide, la transformation du calomel en sublimé.

M. Créquy rappelle qu'il y a quinze ans, Mialhe émit pour la première fois l'hypothèse de la transformation en sublimé du calomel ingéré : Constantin Paul, à ce moment, déclara qu'il n'existait pas un seul cas permettant d'admettre la possibilité d'une intoxication par le sublimé, à la suite d'ingestion de calomel.

M. Hallopeau n'admet pas d'action générale sur la peau d'une série de médicaments, mais bien des manifestations spéciales à chaque intoxication.

M. Patein affirme qu'il est absolument inutile de proscrire le chlorure de sodium au cours de l'administration de calomel. L'action du sel de cuisine favorisant la transformation en sublimé n'existe pas et n'a jamais été observée.

M. Pouchet a reconnu que les iodures seuls sont capables de transformer le calomel dans l'organisme.

M. Hallopeau considère qu'il est fort important de détruire la légende du calomel se transformant en sublimé.

M. Josias, qui se sert couramment de calomel à l'hôpital Trousseau, n'a jamais observé d'intoxication, même avec des doses de 60 centigrammes chez des enfants de 6 ans, par exemple.

M. Pouchet fait remarquer que si l'on voulait empêcher l'action du chlorure de sodium sur le calomel dans l'organisme, il faudrait, au préalable, éliminer tout le chlorure de sodium que cet organisme contient.

M. Camescasse croit à une prédisposition individuelle. Dans un cas, l'administration de psyllium à l'intérieur donna lieu à des sensations de brûlure dans l'œsophage chez une malade qui ne supportait pas les cataplasmes de farine de graine de lin : ces derniers provoquaient chez elle des érythèmes intenses.

M. Bardet a la conviction que chez les arthritiques tout particulièrement, toute substance médicamenteuse ou alimentaire qui irrite la muqueuse gastrique peut provoquer un réflexe cutané.

M. Hallopeau pense qu'au contraire les accidents cutanés sont dus à l'élimination par la peau de produits toxiques.

M. Créquy conseille de ne pas oublier l'influence morale dans la genèse des accidents de ce genre. Il cite le cas d'un de ses amis, qui était pris d'urticaire lorsqu'on parlait devant lui de cette affection.

M. Pouchet croit que les deux opinions de MM. Bardet et Hallopeau sont fondées. La déviation des actes de la nutrition et la production de réflexes gastriques existe probablement, mais elle n'exclut pas les intoxications spéciales à chaque substance : les deux phénomènes s'enchevêtrent et rendent très difficile l'étude de la question.

M. Désesquelles présente un appareil permettant d'obtenir des *ampoules exactement titrées* : le procédé est très utile pour l'emploi du sublimé, par exemple.

La Société procède à l'élection du Bureau pour 1898. Sont nommés : M. Pouchet, *président* ; M. Lortet, *vice-président* ; M. Duchesne, *trésorier* ; M. Bardet, *secrétaire général* ; M. Blondel, *secrétaire général adjoint* ; MM. Vogt et Courtade, *secrétaires*.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement du diabète sucré par le nitrate d'urane, par EBENEZER DUNCAN. (*Brit. med. Jour.*, p. 1044, 16 octobre 1897.) — L'auteur a été amené à étudier l'action du nitrate d'urane par la lecture d'un travail de M. Samuel West qui a donné une observation détaillée de deux cas dans lesquels l'administration de sels d'urane à la dose de 3 à 15 grains (0 gr. 324 à 0 gr. 972) accompagné d'un régime approprié a fait disparaître la glycosurie pendant une longue période; la glycosurie a réapparu, mais modifiée, et l'état de santé générale des malades s'était beaucoup amélioré.

L'an dernier le Dr West a rapporté cinq nouveaux cas, mais les résultats n'ont pas été aussi bons que dans les deux premiers. L'auteur pense que beaucoup de praticiens ont été détournés d'employer ce nouveau remède à doses suffisantes, et pendant un temps assez long, par crainte de l'action toxique des sels d'urane. Le nitrate d'urane est un poison irritant, qui occasionne de l'irritation gastro-intestinale et de la néphrite. C'est du moins ce que nous apprend l'expérimentation physiologique. L'auteur ne connaît pas d'observations d'empoisonnement chez l'homme. L'emploi de ce médicament à la dose de 5 à 20 grains (0 gr. 324 à 1 gr. 296), pris en trois fois chaque jour pendant plusieurs semaines au moins, n'a occasionné aucun accident.

Il résulte de ses expériences, que le traitement du diabète sucré par le nitrate d'urane mérite d'être expérimenté; l'auteur résume ses observations. Ce traitement fait diminuer le volume des urines et du sucre contenu dans les urines. Cette diminution du sucre éliminé semble dû à l'augmentation de la consommation du sucre dans les cellules, augmentation de consommation due à l'action stimulante des sels d'urane.

M. TYSON (de Philadelphie), à propos de cette communication dit qu'il a, il y a vingt ans, employé les sels d'urane, mais à doses beaucoup plus faibles, car les patients accusaient de violentes douleurs d'intestins lorsqu'on dépassait 5 grains (0 gr. 324).

M. SAUNDBY a expérimenté aussi le nitrate d'urane; pour lui les sels d'urane n'ont aucune action spécifique dans le traitement du diabète.

A. CHASSEVANT.

Traitement mécanique de l'obésité. (*Therap. Wochenschrift*, 5 décembre 1897.) — Le Dr WINTERNITZ reproche au traitement diététique de l'obésité, quelle que soit du reste la méthode employée (Harvey, Banting, Ebstein), de constituer une cure d'inanition, capable de provoquer des accès de goutte, des troubles digestifs graves, des états neurasthéniques rebelles. Les méthodes récentes (spermine de Poehl, extraits thyroïdiens, etc.) favorisent l'oxydation intra-organique à un haut degré, mais présentent des dangers qui ont fait l'objet de nombreuses communications (troubles circulatoires et nerveux surtout).

Reste l'activité musculaire, que l'on conseille aux obèses, mais le plus souvent sans tenir compte de l'hyperthermie que cette activité provoque. En prenant des tracés thermométriques chez des obèses soumis à des exercices violents, on constate que la température prend bientôt un caractère fébrile, avec cette conséquence que l'albumine organique est atteinte dans sa vitalité. Ce processus pourra aboutir en fin de compte à l'épuisement nerveux, à l'anémie, à l'albuminurie.

Il faut donc s'ingénier à augmenter les oxydations tout en évitant l'hyperthermie, de façon à détruire la graisse sans toucher à l'albumine. Winternitz conseille, dans ce but, d'abaisser la température du corps *avant l'exercice*. Il est facile d'obtenir cet abaissement : si l'on donne, par exemple, un bain de 12° à 14° centigrades, d'une durée de quinze à vingt minutes, on peut

soustraire 500 calories environ à l'organisme, et ce dernier sera obligé, pour les récupérer, de brûler 50 grammes de graisse environ. Pour que l'abaissement de température ne provoque pas la contraction des vaisseaux cutanés, on procédera de la façon suivante : on commence, le matin, par soumettre l'obèse à une friction énergique avec un linge trempé d'eau froide ; ensuite, l'obèse prend place pendant cinq à dix minutes dans une étuve : au sortir de l'étuve, il prend un demi-bain à basse température de trois à six minutes de durée. Un exercice musculaire intensif termine le traitement. Cette pratique peut être renouvelée deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Il est inutile, avec cette méthode, de prescrire un régime alimentaire sévère : les résultats sont rapidement obtenus et ne s'accompagnent cependant jamais de troubles analogues à ceux qu'on observe avec les autres méthodes.

E. Vogt.

Indication de la médication salicylée dans l'albuminurie rhumatismale, par P. Collangette. (*Thèse de Paris*, 1897.) — On admet généralement que le salicylate de soude est contre-indiqué dans les cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'albuminurie. C'est là une opinion qui n'est justifiée que dans un petit nombre de cas ; il existe en effet plusieurs sortes d'albuminurie pouvant coïncider avec le rhumatisme.

Ce que l'on observe le plus fréquemment, c'est une albuminurie légère et éphémère, coïncidant avec la poussée fébrile et ne persistant guère plus de huit jours ; cette albuminurie est très fréquente, puisqu'on l'observe dans 40 0/0 des cas environ, d'après M. Robin. L'existence de cette albuminurie ne constitue en aucune façon une contre-indication à l'emploi du salicylate de soude ; l'albumine décroît rapidement dès que le traitement salicylé est institué.

Plus rare est la néphrite rhumatismale vraie, caractérisée par les œdèmes, l'oligurie, l'existence d'une quantité d'albumine plus ou moins considérable, etc. Dans ce cas, le salicylate de soude est contre-indiqué, de même que dans ceux où il existait antérieurement au rhumatisme une affection rénale. On pourrait alors substituer le salophène au salicylate de soude.

G. Lyon.

Chirurgie générale.

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Des luxations traumatiques de la hanche compliquées de fracture du fémur, par Schwartz. (*Journal des Praticiens*, 15 novembre 1897.) — Cette double lésion ne se voit guère qu'après les grands traumatismes. Elle est d'un diagnostic réellement difficile, à moins que le sujet ne soit maigre et qu'on ait eu l'occasion de l'examiner peu après l'accident. Différemment, que la luxation qui accompagne la fracture soit iliaque ou sus-pubienne, ou ovalaire, le diagnostic n'est possible que si la tête du fémur est sensible soit en avant, soit en arrière ; malheureusement, les épanchements sanguins, le gonflement, la déformation et la déviation qui sont le fait de la fracture, sont cause que la luxation est le plus souvent méconnue.

L'auteur a pu faire le diagnostic, dans un cas favorable, et fut assez heureux pour réduire, en s'y prenant de la façon suivante : la malade étant couchée sur un matelas posé à terre et dans l'anesthésie chloroformique, une traction verticale fut faite, bientôt suivie d'un mouvement d'abduction forcée avec rotation en dedans ; la luxation devint d'abord iliaque, puis se réduisit pendant l'extension de la cuisse sur le bassin. La gouttière de Jounet fut appliquée pendant quinze jours et suivie de l'application d'un appareil d'Hennequin à traction continue laissé en place pendant un mois, le sujet étant âgé. La guérison de la fracture suivit celle de la luxation. Au point de vue thérapeutique, cette conduite devra être imitée chaque fois que le diagnostic a pu être fait. Car, en agissant autrement, on s'exposerait à ne plus pouvoir réduire. C'est ce que l'on fait pour l'humérus et l'articulation scapulo-humérale.

Lorsque les signes de fracture ont absorbé l'attention et masqué la luxation, ou lorsqu'on n'a pas pu réduire, la fracture seule est d'abord réduite, puis consolidée. On emploie ensuite les procédés de douceur et s'ils ne réussissent pas, on peut se trouver fort embarrassé. Or, ou bien la fonction n'est pas très gênée, la marche est possible et il faut s'abstenir de toute autre intervention, ou bien, chez un adulte surtout, on cherche à remédier à une infirmité prononcée, non par l'arthrotomie et la réduction sanglante, qui est fort dangereuse, pour cette articulation, mais, selon M. Schwartz, par l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui est plus innocente et donne des résultats fonctionnels plus satisfaisants.

Aug. Benoit.

Abcès sous-phrénique. (*Société de chirurgie*, 1er — 8 décembre 1897.) — M. Picqué rappelle que M. Jonnesco (de Bucarest) a relaté un cas d'abcès sous-phrénique, développé entre le diaphragme et le foie. A côté de ces abcès, il y en a d'autres qui ont leur origine dans le foie et contiennent parfois des hydatides ou une grande quantité de gaz. Ces abcès gazeux s'ouvrent tantôt dans la région hépatique, tantôt plus bas, au pourtour de l'ombilic. Il peut se faire des infections pleurales secondaires et l'on reconnaît l'origine à ce que le pus contient le *coli-bacille* qui peut être isolé, et qui est de provenance intestinale. Ces abcès ne peuvent guérir que lorsqu'ils sont incisés largement. Tout retard apporté dans l'ouverture de ces abcès, d'ailleurs difficiles à diagnostiquer, peut avoir pour conséquence la mort des malades, ainsi que MM. Lyars et Monod viennent d'en rapporter chacun un cas.

Aug. Benoit.

Radiographie dans l'extraction des projectiles craniens, par Péan. (*Tribune médicale*, 22 décembre 1897.) — Jusqu'à ce jour, la chirurgie ne nous permettait d'extraire que les projectiles arrêtés au contact des os; il eût été téméraire de les rechercher sans indices dans l'épaisseur de la substance cérébrale. M. Péan vient de communiquer à l'Académie deux cas qui peuvent compter comme les plus brillantes applications de la radiographie obtenues, jusqu'à ce jour, en chirurgie cranienne. Le procédé dont il s'est servi est d'une grande simplicité et par là mérite de devenir de pratique courante. Voici ces deux observations résumées :

Observation I. — Homme, 26 ans, cocher, s'est tiré un coup de revolver dans la tempe droite en février 1897. Il perdit longtemps connaissance, mais l'hémorragie s'arrêta et il guérit, sans qu'on ait fait des recherches pour retrouver la balle, profondément enfoncée, et sans se ressentir de sa blessure aucunement. Mais plus tard, des douleurs intolérables éclatèrent par crises et le malade réclama une opération. On lui appliqua pour obtenir un cliché radiographique, le procédé de M. Mergier. Deux fils métalliques perpendiculaires réciproquement sont placés sur la plaque, de façon que leur point d'entre-croisement soit à son centre. La tête du patient est disposée de telle façon que le fil vertical corresponde à la ligne qui passe au-devant du tragus et le fil horizontal au bord supérieur du pavillon de l'oreille. On obtient ainsi une épreuve qui donne la situation de la balle très exactement, car les points de repère sont fixes. On y voit alors que le point d'enkystement ne correspond nullement à l'orifice d'entrée, ce qui eût rendu les recherches infructueuses sans doute par cette voie. Seule la profondeur à laquelle se trouve le projectile n'est pas indiquée par la radiographie. Muni de ces indications, M. Péan, après avoir tracé les lignes correspondant à celles de l'épreuve, avec le crayon dermographique, fait une incision verticale qui passe par le point qui correspond à la tache noire, indice de la présence du projectile. La fosse temporale est ainsi traversée et une couronne de trépan électrique est appliquée sur une dépression noirâtre du périoste qui indique le trajet suivi par le corps étranger. L'orifice est ensuite agrandi à la pince emporte-pièce et la dure-mère mise à nu. Les branches de la méningée moyenne sont écartées ou liées et le cerveau mis à nu sur 3 centimètres environ. Un piqueté noirâtre permet de voir le chemin suivi par la balle. En se servant de l'extrémité d'une petite pince hémostatique, on va saisir le projectile que l'on rencontre à 2 centimètres de profondeur. Suture et drainage. Pansement compressif léger. Suites opératoires excellentes. L'auteur fait remarquer qu'il a suffi d'une seule incision pour aller chercher un projectile dont aucun signe appréciable ne montrait la place.

Observation II. — Homme, 22 ans, comptable. S'est tiré un coup de revolver de 8 millimètres dans le conduit auditif droit, en août 1896. On refusa d'aller chercher le projectile et il guérit avec une paralysie du facial et une suppuration du conduit qui est allée en s'aggravant depuis. Actuellement (novembre 1897) la commissure buccale gauche est rétractée, le tympan droit est détruit et une suppuration abondante s'écoule de la plaie. Le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la tête et de poussées congestives. Lorsque la mâchoire se meut, on perçoit en arrière de l'articulation temporo-maxillaire une véritable crépitation osseuse. Ici, l'épreuve radiographique a montré, par le peu de netteté de la tache, perdue dans la teinte sombre du rocher, que le projectile est situé dans le prolongement de l'articulation de la mâchoire et plutôt en avant du conduit auditif, dans l'épaisseur du rocher. Aussi M. Péan abandonnant le décollement du pavillon en arrière, donna-t-il la préférence à l'incision antérieure, passant en avant du tragus et qui permet de mettre à nu le pourtour osseux du conduit auditif externe. Il fallut enlever de nombreuses esquilles, et ce n'est qu'après un long travail à la gouge, dans la région du rocher voisin du canal facial et du canal carotidien, en employant mille

précautions pour ne pas blesser les organes profonds, que le stylet de Trosé annonça enfin la présence de la balle, qui s'était enkystée à 4 centimètres de profondeur, à la base du crâne. Extraction avec une pince tire-balle, lavage et désinfection, suture au catgut, mèche iodoformée. Guérison rapide. Le procédé de M. Mergier comporte un deuxième temps, dont l'emploi n'a pas été ici nécessaire.

AUG. BENOIT.

Anévrisme cirsoïde de la région temporale ; traitement ; guérison, par G. ROUX. (*Marseille-Médical*, n° 16, 1897.) — Nous relevons une intéressante observation qui prouve que la chirurgie est capable d'améliorer, sinon de guérir, certains états considérés, après de nombreux essais de toute sorte, comme au-dessus des ressources de l'art. Il s'agit d'un homme de 22 ans, qui, à l'âge de 6 ans, avait fait une chute violente sur le côté droit de la tête. Quelle influence eut ce traumatisme sur tout son avenir pathologique, c'est ce qu'il est difficile de déterminer. Toujours est-il qu'il raconte qu'à la suite de sa chute survint une tumeur de la région temporale droite aussi développée que celle qu'il présente actuellement. Aucun antécédent héréditaire d'autre part. Le jeune malade grandit sans se préoccuper autrement de son mal, jusqu'au jour où une écorchure légère de la région fut suivie d'une formidable hémorragie. A ce moment, il présentait a la région temporale une tumeur volumineuse, bosselée, à grand diamètre presque vertical. On avait la sensation classique du paquet de vers ; il existait au palper un trill des plus marqués, avec renforcement systolique, dicrotisme et même tricrotisme. Pas de phénomène d'arrêt complet de l'afflux sanguin, quel que soit le point comprimé. Ce seul signe permettait d'éliminer l'anévrisme artério-veineux, de même que la non intermittence du souffle. La température locale était plus élevée de six dixièmes que celle du côté opposé. Mais, chose remarquable, de nombreuses autres dilatations artérielles se voyaient aux alentours de la tumeur principale, sur le tragus, le cuir chevelu, la face. L'auscultation de l'œil droit révélait un souffle, qui attestait la communication assez large avec l'ophtalmique. La compression de la carotide amenait un affaissement complet de ces diverses dilatations. Comme signes fonctionnels, pas de souffrance, mais de l'augmentation dans les efforts et bruit gênant, surtout la nuit. L'étendue des lésions à un vaste territoire artériel, et ce fait que la compression de la carotide paraissait les modifier heureusement décidèrent le chirurgien à ne pas se contenter du traitement chirurgical habituel, c'est-à-dire l'ablation pure et simple de la tumeur, et à faire, non la ligature de la carotide, toujours fort grave, mais celle de la carotide externe, en ayant soin de placer le fil entre l'origine de la thyroïdienne supérieure et celle de la linguale, pour éviter la formation d'un caillot dans la carotide interne, lorsqu'on fait la ligature au-dessus de l'origine de cette dernière. On ne saurait oublier, en effet, que ces hémiplégies ont été rapportées à la suite de cette opération (Dubreuil, Pozzi). L'opération fut facile à exécuter : une fois la carotide externe découverte par la méthode de Tillaux et liée, la tumeur fut circonscrite par deux incisions curvilignes allant jusqu'à l'aponévrose temporale et très rapidement enlevée sans forcipressure. Ce n'est qu'après que M. Roux lia le vaisseau afférent et quatre grosses branches artérielles, pendant qu'un aide comprimait la plaie avec un paquet de gaze iodoformée. Les artérioles de la peau sont comprimées par les sutures superficielles et la mèche de gaze iodoformée qui protégeait encore le fond de la plaie est retirée avant le dernier point.

Pansement compressif. — La guérison survint très rapidement, et, deux ans après, il n'y avait pas trace de dilatation du côté opéré. Mais un développement artériel similaire s'était formé du côté opposé, qui se terminait brusquement à la ligne médiane. Le succès de sa première intervention autorise l'opérateur à conseiller l'extirpation après ligature de la carotide externe, comme précédemment. C'est ce qu'il se propose de faire dans un deuxième temps. Des lésions prononcées d'endartérite, démontrées par l'examen de la première pièce, imposent cependant quelques réserves au point de vue du pronostic.

AUG. BENOIT.

Cancer du sein traité par l'alcool, par W. YEATS. (*Brit. med. Journ.*, p. 808, 25 septembre 1897.) — L'auteur rapporte l'observation d'un cancer du sein traité par l'injection sous-cutanée d'alcool. Une femme de 58 ans portait depuis 1896 un cancer du sein qui avait rapidement progressé. Le sein gauche était lors de l'examen fait en février 1897 deux fois plus gros que le sein droit ; on trouvait à la palpation une grosse tumeur dure et bosselée ; la peau était ulcérée sur la partie gauche du mamelon, formant une plaie d'un pouce de surface environ.

On sentait des ganglions indurés sur le bord inférieur du grand pectoral et les ganglions de l'aisselle étaient pris.

Le 20 février on institue le traitement proposé par Hasse, qui consiste en injections d'un mélange d'alcool et d'eau. 40 parties d'alcool absolu et 60 parties d'eau distillée. 23 seringuées de 20 minimes (1 gr. 18) sont injectées profondément dans les tissus autour de la tumeur et dans l'aisselle au voisinage des ganglions indurés.

Ces injections variant de 22 à 25 seringuées ont été répétées les 27 février, 3, 8, 13, 17, 20, 24, 27, 31 mars; 3, 8, 11, 14, 18, 25 avril et 2 mai.

Chaque séance durait environ trois quarts d'heure et pour éviter la sortie du liquide qui a grande tendance à s'échapper au dehors, on recouvrait chaque piqûre d'une goutte de collodion.

La malade se plaignait au début de violentes douleurs qui persistaient durant une heure; dans la deuxième série d'injections, la durée des douleurs a diminué, mais après la fin de la douleur aiguë la malade a ressenti un soulagement de toute manière.

Pendant les six premières semaines, la malade a constaté que l'augmentation de la tumeur a cessé; et au début de la huitième semaine le sein contenant la tumeur a diminué de volume.

Puis le sein et la tumeur ont rapidement diminué. En mai on ne sent plus dans le sein aucune trace de tumeur. Les ganglions de l'aisselle ne sont plus sensibles.

En présence de ce changement dans la structure de la tumeur, on résolut de continuer les injections à intervalles plus éloignés, mais malheureusement la malade fut atteinte d'une autre affection; elle perdit l'appétit, eut la jaunisse, et on reconnut qu'elle était atteinte d'un cancer du foie avec ascite.

A l'autopsie, la mamelle était remplacée par une masse de tissu fibreux réuni entièrement avec le muscle grand pectoral sous-jacent.

Le foie contient des nodules confluents de carcinome squirreux.

En conclusion, l'histoire clinique permet de concevoir que s'il n'y avait pas eu de cancer du foie, le sein était totalement guéri.

L'action des injections alcooliques indure et contracte le tissu cellulaire, et les vaisseaux sanguins oblitérés; d'où atrophie de la tumeur.

Les cas justiciables de cette méthode, sont ceux inopérables, ou lorsque la malade refuse l'intervention chirurgicale. On peut aussi l'utiliser dans certains cas post-opératoires, pour prévenir la récidive.

A. Chassevant.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

De la colique hépatique et de son traitement par l'huile d'olive à haute dose, par Barth. (*Semaine médicale*, n° 56, p. 441, 1897.) — Le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire par l'huile d'olive a été préconisé dès 1880 par Kennedy, Thompson, etc. Un travail de Touatre (de la Nouvelle-Orléans), paru en 1887, a servi de point de départ aux recherches plus scientifiques entreprises l'année suivante simultanément par Chauffard et Dupré en France, par Rosenberg en Allemagne.

Ces deux mémoires ont établi d'une façon irréfutable la valeur thérapeutique des fortes doses d'huile dans le traitement de la colique hépatique, et en partie élucidé le mode d'action du remède. Plus récemment (1891) Willemin fils a repris la question et depuis lors l'efficacité du traitement a été confirmée par nombre d'observations nouvelles.

Quand un volume considérable (100 ou 200 centimètres cubes d'huile d'olive) est versé dans l'estomac d'un malade en proie à la colique hépatique, l'estomac vide et animé de contractions spasmodiques a tôt fait de répandre le liquide onctueux sur toute sa surface interne et d'en chasser une partie dans le duodenum : aussitôt l'action lubrifiante de l'huile se fait sentir sur la muqueuse irritée, et, par voie réflexe, met fin au spasme qui forme l'élement principal de la crise. Ainsi s'expliquent les faits rapportés par Willemin et par d'autres observateurs, dans lesquels l'ingestion d'un verre d'huile a enrayé l'accès comme par enchantement, aussi vite qu'aurait pu le faire une injection de morphine.

Une fois arrivée dans le duodenum, l'huile entre en contact direct avec l'orifice de l'ampoule de Vater. Si les voies biliaires sont perméables, elle ne peut pénétrer dans le canal cholédoque, parcouru par un courant descendant, mais il en est autrement quand un calcul enchatonné dans le conduit a supprimé le cours de la bile : alors la capillarité entre en jeu et doit permettre au liquide huileux d'imbiber la muqueuse du conduit et de remonter jusqu'au corps étranger arrêté d'ordinaire à quelques millimètres seulement de l'orifice.

D'après Chauffard et Dupré l'huile ne peut dissoudre des calculs de cholestérine; toutefois Brockbank, en employant un bain d'huile d'olive à la température du corps, a vu un calcul

de 1 gr. 60 perdre en quatre jours 80 centigrammes de son poids, et un autre de 1 gr. 21 diminuer dans le même temps de 44 centigrammes.

L'action directe de l'huile n'est du reste pas la seule. Pendant son séjour dans le canal intestinal, l'huile subit l'action des sucs digestifs, elle se dédouble en acides gras et glycérine; une partie incomplètement saponifiée est expulsée sous la forme de concrétions olivâtres que l'on a prises parfois pour des calculs et qui ne sont autre chose qu'une matière grasse riche en palmitine et en acide palmitique libre; le reste est absorbé et passe dans la circulation. Or, cette élaboration digestive est accompagnée d'une sécrétion très abondante de bile liquide, qui commence environ trois quarts d'heure après l'ingestion de l'huile et qui persiste encore trois heures plus tard. Rosenberg croit que ce phénomène est d'ordre réflexe. Stewart et Ferrand croient au contraire qu'il est dû au passage à travers le foie de la glycérine et des acides gras formés dans l'intestin et absorbés. Ferrand a même proposé de substituer la glycérine à l'huile dans le traitement de la colique hépatique.

Quoi qu'il en soit l'afflux de la bile en abondance à travers les voies biliaires peut contribuer à favoriser la progression des calculs et leur évacuation vers l'intestin. Cette hypersécrétion a pour effet également de balayer les voies intra-hépatiques, d'expulser les bouchons muqueux, les amas épithéliaux, le sable biliaire.

La dose d'huile à faire prendre quotidiennement est de 150 à 200 grammes; elle doit être prise le matin à jeun, en une seule fois; on l'aromatise à l'aide de quelques gouttes d'essence d'anis.

G. Lyon.

Indications du traitement chirurgical dans la lithiase et les infections biliaires, par E. Forgue. (*Gazette hebdomadaire*, n° 101, p. 1201, 1897.) — L'action chirurgicale vise un double but : désobstruer, désinfecter.

1° *Des indications fournies par l'obstruction.* — L'obstruction est produite par trois facteurs principaux : par la lithiase; ou bien par un néoplasme avoisinant et comprimant les organes excréteurs de la bile; ou bien enfin par des lésions inflammatoires tuméfiant la muqueuse des voies biliaires ou rétrécissant leurs parois.

La lithiase crée à l'intervention ses occasions les plus fréquentes. Tantôt elle siège sur le canal collecteur — lithiase cholédocienne; tantôt elle se localise à la vésicule — lithiase cysto-vésiculaire. La première éventualité est la plus grave, puisque, quand le cholédoque s'obstrue la rétention biliaire, s'établit plus ou moins complète, et avec elle, la cholémie, qui par la suppression de l'excrétion biliaire, par les lésions qui en résultent pour la cellule hépatique, constitue une grave menace, capable de frapper d'échec une désobstruction trop tardive.

Quand, au contraire, les calculs restent cantonnés dans l'appareil diverticulaire — vésicule et conduit cystique — la stagnation biliaire n'exerce son action que sur une partie accessoire du système, la sécrétion et l'excrétion hépatiques demeurent intactes, alors l'intervention chirurgicale est sollicitée, avec un moindre degré d'urgence, par des douleurs et des complications inflammatoires plus ou moins graves.

Dans les obstructions lithiasiques, le chirurgien se propose, comme intervention de choix, de débarrasser, par l'incision directe, les voies biliaires, des calculs qu'elles renferment et de rétablir la circulation normale : c'est — suivant le siège des calculs et selon qu'on ouvre le cholédoque, le canal cystique ou la vésicule — la *cholédocotomie*, la *cysticotomie*, la *cholécystotomie* Pour la vésicule, annexe anatomique non indispensable, l'opération peut être plus radicale et on enlève, du même coup, contenu calculeux et organe contenant : c'est la *cholécystectomie*. Enfin, si l'obstacle ne peut être supprimé, on le tourne, soit en dérivant la bile vers l'intestin par la *cholécystentérostomie*, soit en l'évacuant au dehors par une fistule cutanée. Cette dernière intervention *cholécystostomie* répond à plusieurs indications : par cette bouche, dont la permanence se subordonne à son utilité, d'une part, on évacue les calculs, soit ceux qu'on n'a pu désenclaver en aval, soit ceux qui continuent à descendre des voies biliaires hépatiques supérieures, et, d'autre part, on draine la bile infectée, l'on assainit les voies biliaires et l'on prévient la récidive de la lithiase en l'atteignant dans sa cause même.

Dans la deuxième hypothèse — obstruction néoplasique — la suppression radicale de l'obstacle est exceptionnelle, limitée aux cas rares d'une tumeur propre de la vésicule ou de ganglions libres le long du cholédoque, ou de brides comprimant le canal. Dans la presque totalité des cas, il s'agit d'occlusion du cholédoque par un cancer de la tête du pancréas. Le chirurgien se borne, par la cholécystentérostomie à pratiquer une fistule intestinale qui préserve le patient de l'empoisonnement biliaire.

2° *Des indications fournies par l'infection.* — Dans les obstructions inflammatoires l'indication consiste à réaliser l'antisepsie des voies hépatiques. D'ailleurs même chez les calculeux,

quand il y a infection, l'intervention ne doit pas se borner à l'évacuation des calculs formés, mais doit encore drainer la bile septique.

Le meilleur procédé de désinfection consiste à établir, pour un temps variable suivant le degré de la septicité biliaire, une fistule cutanée de la vésicule. Grâce à l'entraînement mécanique des sécrétions, l'arbre biliaire est assaini jusqu'à ses racines intra-hépatiques. C'est l'examen bactériologique qui règle la durée de la fistule; tant que les échantillons de bile cultivés contiennent des microbes et tant que leur virulence persiste, constatée par l'inoculation aux animaux, il faut maintenir la fistule. Outre la lithiase biliaire, l'angiocholite et la cholécystite infectieuse non calculeuses sont justiciables de ce mode d'intervention.

Indications symptomatiques. — Cliniquement la question de l'intervention est posée par les indications symptomatiques suivantes : 1° rétention biliaire; 2° douleurs rebelles au traitement médical; 3° tumeur de l'hypocondre; 4° phénomènes graves d'infection ou de dénutrition.

1° Rétention biliaire : Constitue l'indication la plus pressante, car elle expose à des lésions graves de la cellule hépatique qui peuvent évoluer avec une extrême rapidité. Chez les lithiasiques rétentionnistes, l'infection biliaire est la règle, l'action chirurgicale y est donc indiquée doublement, pour désobstruer et pour désinfecter. « Lorsque des phénomènes de rétention biliaire, par lithiase cholédoquienne, durent plus de trois mois, les chances de désobstruction, dit Quénu, sont si minimes qu'il est permis d'affirmer que, dans la généralité des cas, la chirurgie est l'ultime ressource, il y a tout avantage à ne pas attendre cette date de désespérance : avant que l'état général n'incline à baisser, il faut agir. »

L'importance du diagnostic précoce et précis de la lithiase du cholédoque est très grande; mais le diagnostic est le plus souvent impossible : l'ictère peut manquer, la bile filtrant entre le calcul et la paroi dilatée, ou ne se montrer que par intermittence. Quand le syndrome de la rétention biliaire est au complet on peut hésiter entre une obstruction calculeuse, ou une compression cancéreuse dans la région du holédoque ou bien une inflammation angiocholique cholédoquienne.

Les ictères liés aux grandes infections biliaires évoluent avec un mouvement fébrile intense : ils sont précédés de fièvre typhoïde ou l'un état infectieux du tube digestif; ce ne sont donc pas eux qui créent les plus communes difficultés de diagnostic; mais c'est entre l'obstruction calculeuse et cancéreuse que l'hésitation est la plus fréquente. Ni l'âge, ni les caractères de l'urine (diminution de l'urée dans le cas de cancer, ni la cachexie, ni même l'existence de coliques hépatiques antérieures ne sont des éléments suffisants de diagnostic. Le signe de Courvoisier-Terrier, à savoir l'atrophie de la vésicule biliaire dans le cas de lithiase, sa dilatation dans le cas d'obstruction cancéreuse est un indice certain dans la majorité des cas, mais le fait n'est pas constant ou bien est parfois d'une constatation difficile, en raison de l'hypertrophie du foie.

Quelle que soit d'ailleurs la cause de la rétention biliaire, il y a tout intérêt à agir précocement; aussi peut-on dire, avec Quénu, que « dans tous les cas où les signes de rétention biliaire, persistant pendant trois mois sans aucune amélioration, permettent de supposer l'existence d'un calcul cholédoquien, il faut s'en assurer directement par une laparotomie exploratrice.

2° Douleurs : La colique hépatique n'est pas spéciale à la lithiase, la douleur intermittente est souvent le fait de péricholécystites adhésives et les crises douloureuses sont liées à un travail d'adhérences péritonéales.

3° Tumeurs : On est intervenu dans divers cas de gros foie avec ictère (Segond, Terrier, Quénu, etc.) et les interventions ont été suivies de guérisons ou d'améliorations notables.

La tumeur est parfois constituée par des suppurations paracystiques, qui sont à la vésicule infectée ce que sont les phlegmons de la fosse iliaque à l'appendice. Ces abcès doivent être ouverts. Si des récidives se produisent on fait une cholécystectomie secondaire supprimant le foyer originel.

Un magma d'adhérences vésiculaires peut être pris pour la vésicule distendue. Le rôle des péricholécystites fibreuses, pouvant exister en dehors de la lithiase, a été bien mis en lumière surtout par Frænkel et Sendler.

Dans ces cas on supprime les brides, sans ouvrir les voies biliaires.

La vésicule peut être distendue par du pus ou par de la sérosité. Une distension permanente indique l'intervention chirurgicale.

Symptômes généraux. — La fièvre traduit la résorption septique. Dans la plupart des angiocolites, on peut, ainsi qu'il a été dit, par l'évacuation de la bile septique, désinfecter l'arbre biliaire. Donc l'état septique commande l'intervention. A côté de la fièvre, se placent les indices de la dénutrition, de l'insuffisance hépatique : amaigrissement, abaissement du taux de l'urée, hypertoxicité des urines.

Choix de l'intervention. — Les opérations pratiquées sur la vésicule sont au nombre de quatre. C'est surtout entre la cholécystectomie

(extirpation de la vésicule, Langenbruch) et la cholécystostomie (ouverture de la vésicule et abouchement à la peau) que l'on est appelé à faire un choix.

Quant aux opérations sur les canaux d'excrétion elles sont presque toujours limitées à la cholédochotomie.

L'indication de la cholécystostomie a été nettement formulée par Terrier, au Congrès de chirurgie, en 1895; il faut pratiquer cette opération, quand les voies biliaires, renfermant ou non des calculs, sont infectées, ce qui indique l'existence de la fièvre.

La persistance d'une fistule biliaire est la plus sérieuse objection à cette opération; mais les exemples sont assez nombreux de malades gardant, malgré la déperdition biliaire, un état général satisfaisant.

En général d'ailleurs, l'écoulement biliaire se fait entre une semaine et deux mois; quand il persiste, c'est que l'obstruction cholédocienne est complète, et, dans ce cas, mieux vaut l'acholie intestinale que l'intoxication par la cholémie. Ajoutons que la permanence de l'occlusion devient une indication soit à la cholédocotomie secondaire, soit à la cholécystentérostomie.

La cholécystostomie a pour indication principale la localisation à la vésicule de l'affection calculeuse; elle a pour conditions indispensables l'asepsie des voies hépatiques et la perméabilité actuelle ou ultérieure du cholédoque.

Dans les affections non calculeuses, elle est l'opération idéale et complète. L'hydropisie claire et aseptique de la vésicule se présente rarement; quant à l'empyème, pour que l'intervention soit possible par la cholécystectomie, il faudrait que la poche purulente soit bien isolée, enlevable comme un pyosalpinx; mais les adhérences constituent des difficultés opératoires et là encore la cholécystostomie est l'opération courante.

La cholécystentérostomie est applicable aux cas des néoplasmes inopérables comprimant le cholédoque; mais elle expose aux infections hépatiques ascendantes (pénétration des microbes intestinaux par l'ouverture fistulaire. Il en résulte des accès de fièvre intermittente, pouvant entraîner la mort, quand ils se produisent peu de temps après l'opération.

La cholédocotomie est le procédé de choix pour l'obstruction calculeuse des cholédoques; mais la cholécystostomie préliminaire y devient parfois un procédé de nécessité.

Une fois l'infection enrayée par la cholécystostomie on pratique la cholédoctotomie secondaire si la fistule persiste.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Paralysies post-anesthésiques, par SCHWARTZ. (*XIe Congrès français.*) — L'auteur cite un cas de paralysie du triceps crural et de plusieurs tendons fléchisseurs des doigts survenue le lendemain d'une cure radicale de hernie inguinale. En réunissant d'autres faits semblables, dont un de Reboul et un de Chipault, on arrive à mettre ces accidents sur le compte de la chloroformisation, qui, pendant la période d'excitation, favorise la production de petits foyers hémorragiques centraux, chez les artério-scléreux.

AUG. BENOIT.

Traitement de l'hémiplégie par l'électricité. (*Therap. Wochenschrift*, nos 44 et 45.) — SELETZKI (de Kief) passe en revue les diverses méthodes d'électrisation recommandées dans l'hémiplégie. 1° *Galvanisation localisée de la tête :* un courant de direction transversale donnera de la dilatation des vaisseaux de la pie-mère à l'anode, et une contraction du côté de la cathode. Si le courant est de sens longitudinal (anode à l'occiput, cathode au front), on obtiendra toujours de la dilatation artérielle. En renversant le courant on provoquera de la contraction artérielle, mais d'une façon moins constante. 2° *Galvanisation du sympathique.* Il semble que l'action sur le cerveau soit minime quand on a recours à cette méthode. 3° *Galvanisation et faradisation des muscles et nerfs paralysés.* En provoquant des contractions musculaires, on fait appel au courant sanguin favorable à la nutrition du muscle.

Ces méthodes ont été instituées à une époque où nos connaissances sur le fonctionnement du système nerveux central différaient notablement des idées actuelles. La transmission de l'influx nerveux se fait en effet non par *continuité*, mais par *contiguité* au moyen de neurones. On admet aujourd'hui l'existence de deux neurones corticaux moteurs, un central et un périphérique, et de trois neurones destinés à transmettre la sensibilité de la périphérie à la couche corticale.

Pour traiter l'hémiplégie d'après les idées actuelles, il s'agit, non seulement d'exercer une influence sur les voies pyramidales, mais encore sur les deux neurones, de façon à exciter ces derniers, à provoquer chez eux des décharges nerveuses se transmettant aux cordons pyramidaux et les soustrayant à l'atrophie par inactivité. Dès que la résorption du foyer qui a causé

l'hémiplégie a fait cesser la compression que ce foyer exerçait, l'influx volontaire peut se transmettre de nouveau aux membres paralysés. Mais cet influx se transmettra à des muscles qui ont perdu la faculté de lui obéir : l'électrisation des neurones seuls ne produirait donc aucun résultat, il faut encore modifier les muscles atrophiés. L'auteur a en conséquence adopté la méthode suivante : on commence par la galvanisation du crâne, avec direction oblique du courant, la cathode appliquée sur l'hémisphère affecté, l'anode sur l'occiput, puis on fait plonger le bras contracturé dans l'eau et on y fait passer l'anode le long du bras sans interrompre la galvanisation : on déplace ensuite la cathode jusqu'à ce qu'elle prenne ou à peu près la place auparavant occupée par l'anode. On procède de la même façon pour le membre inférieur.

Dès la première séance, on obtint des résultats, bien que les courants utilisés fussent faibles, et la durée de une à deux minutes pour le crâne et de trois à cinq minutes pour les membres.

Pour modifier la masse musculaire elle-même, on provoque la contraction musculaire au moyen du courant faradique appliqué sur les points moteurs. On ne faradisera que les muscles suivants : trapèze, sus et sous-épineux, deltoïde, pectoral, triceps, supinateurs et extenseurs de la main et des doigts. Pour le membre inférieur, si l'hémiplégique peut déambuler, on s'adresse au moyen et au petit fessier, au psoas iliaque, au biceps, au demi-tendineux, au demi-membraneux, aux muscles antérieurs et latéraux de la jambe. Quand l'hémiplégique est confiné au lit, on faradisera en outre le droit antérieur et les adducteurs. La faradisation des autres muscles ne ferait qu'augmenter les contractures. Le malade, au cours de la faradisation, doit s'efforcer d'effectuer les mouvements auxquels préside le muscle que l'on est en train de soumettre à l'électrisation : au début du traitement, le médecin fera exécuter des mouvements passifs à ces muscles. On peut indifféremment commencer par tel ou tel groupe musculaire; seul l'extenseur commun des doigts devra toujours être électrisé en dernier lieu.

Trois observations d'hémiplégiques traités entre quatre et douze mois après l'attaque, et chez lesquels tout mouvement spontané du bras était aboli, démontrent qu'on peut même dans ces conditions, avec la méthode nouvelle, obtenir des résultats. L'auteur a rétabli les mouvements suivants : flexion et extension de la main, pronation, supination, extension des doigts, rotation de la cuisse dans les deux sens, abduction et adduction du pied.

Dans un cas de trophonévrose des deux bras, caractérisée par une éruption vésiculeuse compliquée de prurit intense et datant de cinq ans, la première séance de galvanisation des neurones a suffi pour supprimer le prurit.

E. Vogt.

Traitement électrique de la neurasthénie chez les neuro-arthritiques. (*Bul. offic. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, novembre 1897.) — Apostoli et Planet conseillent de s'adresser aux causes générales de l'affection, car le traitement électrique localisé ne sera jamais que partiellement efficace; la franklinisation paraît être la méthode de choix, mais, dans un certain nombre de cas, on lui associera avec avantage les courants de haute fréquence et de haute tension; ces derniers trouveront plus souvent leur indication chez les arthritiques que chez les hystériques, car on observe souvent chez ceux-ci des réactions violentes à la suite de l'emploi de l'autoconduction dans la cage. Le traitement général provoque, en quelques mois, la disparition de symptômes localisés auparavant traités sans succès par une médication ne s'adressant qu'à ces symptômes seuls.

E. Vogt.

Discussion sur le traitement de l'insomnie au VI^e^ Congrès British med. Association. (*Brit. med. Journ.*, 2 octobre 1897.) — Reynold Webb. Wilcox étudie le mode d'action des hypnotiques; il passe en revue les diverses théories du sommeil. Il admet la théorie qui considère que tel sommeil est dû à la rétraction des prolongements du neurone sous l'influence des substances introduites dans le sang. Cette théorie pratique amène à considérer la nature du médicament qui agit sur le protoplasma des cellules nerveuses en déterminant cette réaction. Leech a démontré que les radicaux alcooliques tels que le méthyle (CH^3), l'éthyle (C^2H^5), dépriment les fonctions des centres supérieurs du cerveau; que le chlore tend plutôt à déprimer les centres inférieurs.

L'expérience a montré que la combinaison des radicaux alcooliques avec le chlore augmente le pouvoir hypnotique, mais a le désavantage de diminuer la pression sanguine, d'inhiber les centres respiratoires médullaires.

Comme d'autre part King a montré que le radical amide (ArH^2) est un stimulant des organes qui déprime ces composés, nous pouvons imaginer la composition d'un hypnotique chimique.

Comme les combinaisons synthétiques des composés du carbone sont sans limite, nous pouvons espérer obtenir un produit de synthèse qui agisse surtout sur les centres supé-

(extirpation de la vésicule, Langenbruch) et la cholécystostomie (ouverture de la vésicule et abouchement à la peau) que l'on est appelé à faire un choix.

Quant aux opérations sur les canaux d'excrétion elles sont presque toujours limitées à la cholédochotomie.

L'indication de la cholécystostomie a été nettement formulée par Terrier, au Congrès de chirurgie, en 1895; il faut pratiquer cette opération, quand les voies biliaires, renfermant ou non des calculs, sont infectées, ce qui indique l'existence de la fièvre.

La persistance d'une fistule biliaire est la plus sérieuse objection à cette opération; mais les exemples sont assez nombreux de malades gardant, malgré la déperdition biliaire, un état général satisfaisant.

En général d'ailleurs, l'écoulement biliaire se fait entre une semaine et deux mois; quand il persiste, c'est que l'obstruction cholédocienne est complète, et, dans ce cas, mieux vaut l'acholie intestinale que l'intoxication par la cholémie. Ajoutons que la permanence de l'occlusion devient une indication soit à la cholédocotomie secondaire, soit à la cholécystentérostomie.

La cholécystostomie a pour indication principale la localisation à la vésicule de l'affection calculeuse; elle a pour conditions indispensables l'asepsie des voies hépatiques et la perméabilité actuelle ou ultérieure du cholédoque.

Dans les affections non calculeuses, elle est l'opération idéale et complète. L'hydropisie claire et aseptique de la vésicule se présente rarement; quant à l'empyème, pour que l'intervention soit possible par la cholécystectomie, il faudrait que la poche purulente soit bien isolée, enlevable comme un pyosalpinx; mais les adhérences constituent des difficultés opératoires et là encore la cholécystostomie est l'opération courante.

La cholécystentérostomie est applicable aux cas des néoplasmes inopérables comprimant le cholédoque; mais elle expose aux infections hépatiques ascendantes (pénétration des microbes intestinaux par l'ouverture fistulaire. Il en résulte des accès de fièvre intermittente, pouvant entraîner la mort, quand ils se produisent peu de temps après l'opération.

La cholédocotomie est le procédé de choix pour l'obstruction calculeuse des cholédoques; mais la cholécystostomie préliminaire y devient parfois un procédé de nécessité.

Une fois l'infection enrayée par la cholécystostomie on pratique la cholédoctotomie secondaire si la fistule persiste.

G. LYON.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Paralysies post-anesthésiques, par SCHWARTZ. (*XIe Congrès français.*) — L'auteur cite un cas de paralysie du triceps crural et de plusieurs tendons fléchisseurs des doigts survenue le lendemain d'une cure radicale de hernie inguinale. En réunissant d'autres faits semblables, dont un de Reboul et un de Chipault, on arrive à mettre ces accidents sur le compte de la chloroformisation, qui, pendant la période d'excitation, favorise la production de petits foyers hémorragiques centraux, chez les artério-scléreux.

AUG. BENOIT.

Traitement de l'hémiplégie par l'électricité. (*Therap. Wochenschrift*, nos 44 et 45.) — SELETZKI (de Kief) passe en revue les diverses méthodes d'électrisation recommandées dans l'hémiplégie. 1° *Galvanisation localisée de la tête* : un courant de direction transversale donnera de la dilatation des vaisseaux de la pie-mère à l'anode, et une contraction du côté de la cathode. Si le courant est de sens longitudinal (anode à l'occiput, cathode au front), on obtiendra toujours de la dilatation artérielle. En renversant le courant on provoquera de la contraction artérielle, mais d'une façon moins constante. 2° *Galvanisation du sympathique.* Il semble que l'action sur le cerveau soit minime quand on a recours à cette méthode. 3° *Galvanisation et faradisation des muscles et nerfs paralysés.* En provoquant des contractions musculaires, on fait appel au courant sanguin favorable à la nutrition du muscle.

Ces méthodes ont été instituées à une époque où nos connaissances sur le fonctionnement du système nerveux central différaient notablement des idées actuelles. La transmission de l'influx nerveux se fait en effet non par *continuité*, mais par *contiguité* au moyen de neurones. On admet aujourd'hui l'existence de deux neurones corticaux moteurs, un central et un périphérique, et de trois neurones destinés à transmettre la sensibilité de la périphérie à la couche corticale.

Pour traiter l'hémiplégie d'après les idées actuelles, il s'agit, non seulement d'exercer une influence sur les voies pyramidales, mais encore sur les deux neurones, de façon à exciter ces derniers, à provoquer chez eux des décharges nerveuses se transmettant aux cordons pyramidaux et les soustrayant à l'atrophie par inactivité. Dès que la résorption du foyer qui a causé

l'hémiplégie a fait cesser la compression que ce foyer exerçait, l'influx volontaire peut se transmettre de nouveau aux membres paralysés. Mais cet influx se transmettra à des muscles qui ont perdu la faculté de lui obéir : l'électrisation des neurones seuls ne produirait donc aucun résultat, il faut encore modifier les muscles atrophiés. L'auteur a en conséquence adopté la méthode suivante : on commence par la galvanisation du crâne, avec direction oblique du courant, la cathode appliquée sur l'hémisphère affecté, l'anode sur l'occiput, puis on fait plonger le bras contracturé dans l'eau et on y fait passer l'anode le long du bras sans interrompre la galvanisation : on déplace ensuite la cathode jusqu'à ce qu'elle prenne ou à peu près la place auparavant occupée par l'anode. On procède de la même façon pour le membre inférieur.

Dès la première séance, on obtint des résultats, bien que les courants utilisés fussent faibles, et la durée de une à deux minutes pour le crâne et de trois à cinq minutes pour les membres.

Pour modifier la masse musculaire elle-même, on provoque la contraction musculaire au moyen du courant faradique appliqué sur les points moteurs. On ne faradisera que les muscles suivants : trapèze, sus et sous-épineux, deltoïde, pectoral, triceps, supinateurs et extenseurs de la main et des doigts. Pour le membre inférieur, si l'hemiplégique peut déambuler, on s'adresse au moyen et au petit fessier, au psoas iliaque, au biceps, au demi-tendineux, au demi-membraneux, aux muscles antérieurs et latéraux de la jambe. Quand l'hémiplégique est confiné au lit, on faradisera en outre le droit antérieur et les adducteurs. La faradisation des autres muscles ne ferait qu'augmenter les contractures. Le malade, au cours de la faradisation, doit s'efforcer d'effectuer les mouvements auxquels préside le muscle que l'on est en train de soumettre à l'électrisation : au début du traitement, le médecin fera exécuter des mouvements passifs à ces muscles. On peut indifféremment commencer par tel ou tel groupe musculaire; seul l'extenseur commun des doigts devra toujours être électrisé en dernier lieu.

Trois observations d'hémiplégiques traités entre quatre et douze mois après l'attaque, et chez lesquels tout mouvement spontané du bras était aboli, démontrent qu'on peut même dans ces conditions, avec la méthode nouvelle, obtenir des résultats. L'auteur a rétabli les mouvements suivants : flexion et extension de la main, pronation, supination, extension des doigts, rotation de la cuisse dans les deux sens, abduction et adduction du pied.

Dans un cas de trophonévrose des deux bras, caractérisée par une éruption vésiculeuse compliquée de prurit intense et datant de cinq ans, la première séance de galvanisation des neurones a suffi pour supprimer le prurit.

E. Vogt.

Traitement électrique de la neurasthénie chez les neuro-arthritiques. (*Bul. offic. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, novembre 1897.) — Apostoli et Planet conseillent de s'adresser aux causes générales de l'affection, car le traitement électrique localisé ne sera jamais que partiellement efficace; la franklinisation paraît être la méthode de choix, mais, dans un certain nombre de cas, on lui associera avec avantage les courants de haute fréquence et de haute tension; ces derniers trouveront plus souvent leur indication chez les arthritiques que chez les hystériques, car on observe souvent chez ceux-ci des réactions violentes à la suite de l'emploi de l'autoconduction dans la cage. Le traitement général provoque, en quelques mois, la disparition de symptômes localisés auparavant traités sans succès par une médication ne s'adressant qu'à ces symptômes seuls.

E. Vogt.

Discussion sur le traitement de l'insomnie au VI^e^ Congrès British med. Association. (*Brit. med. Journ.*, 2 octobre 1897.) — Reynold Wynn. Wilcox étudie le mode d'action des hypnotiques; il passe en revue les diverses théories du sommeil. Il admet la théorie qui considère que tel sommeil est dû à la rétraction des prolongements du neurone sous l'influence des substances introduites dans le sang. Cette théorie pratique amène à considérer la nature du médicament qui agit sur le protoplasma des cellules nerveuses en déterminant cette réaction. Leech a démontré que les radicaux alcooliques tels que le méthyle (CH^3), l'éthyle (C^2H^5), dépriment les fonctions des centres supérieurs du cerveau : que le chlore tend plutôt à déprimer les centres inférieurs.

L'expérience a montré que la combinaison des radicaux alcooliques avec le chlore augmente le pouvoir hypnotique, mais a le désavantage de diminuer la pression sanguine, d'inhiber les centres respiratoires médullaires.

Comme d'autre part King a montré que le radical amide (ArH^2) est un stimulant des organes qui déprime ces composés, nous pouvons imaginer la composition d'un hypnotique chimique.

Comme les combinaisons synthétiques des composés du carbone sont sans limite, nous pouvons espérer obtenir un produit de synthèse qui agisse surtout sur les centres supé-

rieurs en respectant les centres inférieurs de la base, qui soit un irritant du protoplasma sans être un toxique.

Valeur des nouveaux hypnotiques. — L'auteur n'insiste pas sur l'opium et ses alcaloïdes dont l'action est bien connue. Les alcaloïdes des solanées : l'hyoscyanime, l'hyoscine et la scopolamine semblent posséder une action particulière sur les insomnies des aliénés, surtout chez les excités. Ils ont par contre des désavantages divers et doivent être employés à doses rapidement croissantes, ce ne sont pas des hypnotiques idéaux. Parmi les urticées, les alcaloïdes du chanvre indien : cannabine et cannabinine sont plutôt des narcotiques que des hypnotiques. On doit en dire de même de la piscidine alcaloïde, du bois de chien de la Jamaïque (légumineuse).

L'auteur entre dans quelques détails sur l'action hypnotique de la pellotine, alcaloïde extrait de la pellote (anhalonium Williamsii), cactus de Mexico. Cet alcaloïde, qui répond à la formule $C^{13}H^{21}AzO^{3}$, n'est pas irritant et son chlorhydrate, extrêmement soluble, peut être administré en injections hypodermiques. L'étude de l'action physiologique a été faite par Heffner, qui a montré son action narcotique; Pilcz l'a employé à la dose de un tiers de grain (soit 0 gr. 021); dans 28 cas, il a obtenu un résultat satisfaisant dans la moitié des observations. Jolly, sur 40 cas, a eu aussi des succès dans 50 0/0 des observations.

Le patient s'endort environ une demi-heure ou une heure après l'absorption du médicament, le sommeil produit est calme et naturel. Wilcox pense que ce médicament mérite de se ranger parmi les nouvelles ressources de la thérapeutique hypnotique. Il n'insiste pas sur les hypnotiques minéraux, il leur reproche leur action dépressive du système nerveux.

Wilcox étudie ensuite les dérivés oxygénés des hydrocarbures.

Alcools. — L'hydrate d'amylène est le seul produit de cette classe qui soit employé. Il a été introduit dans la thérapeutique par v. Mœring en 1887. L'auteur prescrit ce médicament à la dose d'un drachme dans une once d'eau ou dans un demi-verre de bourgogne. On peut employer cet hypnotique avec succès dans les cas de défaillance cardiaque.

Parmi les éthers, le méthylol semble donner de brillants résultats dans certains cas de *delirium tremens*.

Aldéhydes. — La paraldéhyde est vraisemblablement le meilleur des hypnotiques de cette classe. Son goût n'est pas désagréable, mais il donne une odeur désagréable à l'haleine. Son usage constant peut déterminer des accidents : on a signalé le delirium tremens comme causé par ce médicament. C'est un bon hypnotique, à condition de ne pas en faire un usage quotidien.

Le chloral est le plus répandu des aldéhydes narcotiques, son grand danger est dû à la dépression considérable qu'il provoque dans la tension vasculaire. On a proposé l'emploi du butylchloral et de la chloralamide pour éviter les inconvénients du chloral.

La chloralamide a en effet une action moins dangereuse sur le cœur; Wilcox est de l'avis de Collin qui considère cet hypnotique comme particulièrement indiqué dans les insomnies qui résultent de l'hyperactivité mentale, et considère la chloralamide comme le médicament narcotique de choix dans les insomnies chez les cardiaques.

Le chloralose ne lui semble pas un hypnotique de grande valeur, il pense aussi que l'hypnal (monochloral antipyrine) n'est qu'un hypnotique incertain; dans les quelques cas où l'auteur l'a employé il n'en a obtenu aucun succès.

L'hypnone ou acétophénone doit être aussi rangé dans les hypnotiques incertains. Wilcox ne l'a employé que rarement et toujours avec insuccès.

Dérivés sulfurés des hydrocarbures. — Le sulfonal (diéthylsulfonediméthylméthane). Ce médicament donne dans certains cas des accidents, tels que maux de tête, nausées, vomissements. En raison de l'incertitude de la dose utile, du temps nécessaire pour obtenir les symptômes graves, le médecin prudent doit éviter autant que possible l'usage de ce médicament.

Trional (diéethylsulfonemethyléthylméthane). Ce médicament est plus rapide dans son action que le sulfonal. Sa plus grande solubilité le rend moins dangereux à manier que le sulfonal; mais on doit éviter son administration prolongée.

Tétronal (diéthylsulfonediethylméthane). Devrait être plus hypnotique que le trional, mais l'expérience a montré qu'il ne présentait aucun avantage sur ce dernier.

Uréthanes. — Deux composés de cette famille sont introduits en thérapeutique :

L'éthyluréthane, appelé communément uré-i thane, est une substance incolore, très soluble, qu agit très rapidement, donne des résultats de peu de durée; l'accoutumance arrive vite. C'est un hypnotique à employer lorsqu'on désire varier ses médicaments.

Le chloraluréthane, appelé aussi ural et ura-

line. Ce corps, insoluble dans l'eau froide, décomposé par l'eau chaude, est un irritant de l'intestin, un hypnotique très faible, et semble réunir les désavantages plutôt que les avantages de ses composants.

Dérivés amidés. — Sont au nombre de deux : méthylphénacétine et éthylphénacétine.

En résumé, Wilcox reconnaît quatre bons hypnotiques et propose de les classer d'après leurs propriétés de la façon suivante :

1° Puissance : paraldéhyde, chloralamide, pellotine, trional.

2° Rapidité d'action : pellotine, paraldéhyde, chloralamide, trional.

3° Durée de l'action : trional (très longue), chloralamide, pellotine, paraldéhyde.

4° Accoutumance : pellotine (faible), trional, chloralamide, paraldéhyde (considérable).

5° Innocuité : chloralamide, pellotine, paraldéhyde, trional.

Alexander Mc Phedian parle de la contre-indication et des effets nocifs des hypnotiques. Il considère qu'en général les hypnotiques ne doivent pas être employés lorsque les causes de l'insomnie sont palpables et qu'on peut y remédier. Le premier devoir du médecin est de traiter ces causes. Il considère le sulfonal comme dangereux, l'administration de ce médicament à doses modérées a causé des accidents mortels. L'emploi du trional, lorsqu'il est prolongé, détermine des troubles de la vision, de la parole, de l'ouïe, etc.

A. Chassevant.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Chargé d'un cours auxiliaire à la Faculté.
Ancien prosecteur.

Traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne par des injections intra-tympaniques de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium. (*Genedelnick*, n° 27, 1897.) — Tschouprina cite 2 cas de catarrhe rebelle de l'oreille moyenne dans lesquels on est arrivé à obtenir une amélioration considérable par des injections intra-tympaniques de bicarbonate de soude et chlorure de sodium. Il faut ajouter que ce traitement a donné de bons résultats après que l'insufflation a échoué.

Pour les injections on emploie une solution tiède au centième d'un mélange à parties égales de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium. On injecte tous les jours ou, ce qui vaut mieux, tous les deux jours, de 50 centigrammes à 1 gramme de ce liquide. On se sert de la seringue de Pravatz ajustée à un cathéter auriculaire ordinaire introduit dans la trompe d'Eustache. Quand on a affaire au catarrhe de l'oreille moyenne on a recours au ballon de Politzer.

Disons enfin que ces injections ont été généralement bien supportées.

B. Taft.

Une dent dans l'oreille (corps étranger) nécessitant la réclination du pavillon pour son extraction, par V. Miller. (*Brit. med. Journ.*, p. 810, 21 septembre 1897.) — Un enfant de 10 ans se plaint à sa mère de la présence d'un corps dur dans son oreille gauche. Le médecin appelé vit à l'aide du spéculum un corps nacré blanc situé profondément dans le méat. On fait inutilement le lendemain une tentative d'extraction, sous le chloroforme.

Trois semaines après nouvelle tentative d'extraction aussi infructueuse. La paroi du méat saigne lorsqu'on la touche. Cinq semaines après nouvelle tentative d'extraction sans résultat.

On fait plus tard une incision derrière l'oreille et avec le maillet et le ciseau on enlève une partie de la paroi osseuse du méat ; le corps étranger est enlevé facilement ; c'était une incisive supérieure. L'enfant nie avoir mis la dent dans son oreille. L'enfant à guéri sans complications. Ce fait prouve que les corps étrangers peuvent séjourner dans l'oreille sans produire aucun autre symptôme que la surdité.

A. Chassevant.

De l'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations de la caisse. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — M. Reynier se déclare partisan de cette intervention, car la trépanation mastoïdienne, ou l'incision périostique de Wildett sont insuffisantes pour les suppurations anciennes de l'oreille. L'opération comprend quatre temps : incision de la peau, ouverture de l'antre, celle de l'aditus et de la caisse. L'incision est faite dans le sillon rétro-auriculaire et l'évidement, à la gouge à main plutôt qu'au ciseau et maillet. On évite mieux les échappées dangereuses ; un stylet recourbé introduit dans l'aditus permet d'accomplir le troisième temps sans danger. La caisse ouverte, on enlève toutes les fongosités.

M. Broca signale comme accidents opératoires la paralysie faciale et la blessure du sinus, sur-

tout à la partie postérieure de l'évidement.

M. Malherbe ajoute qu'il est indispensable d'étudier à l'aide de l'acoumètre, du diapason et de la parole, le degré d'acuité auditive des sujets, car le pronostic de l'opération y est directement intéressé.

Aug. Benoit.

Septico-pyohémie otitique. (*XI^e^ Congrès de chirurgie.*) — MM. Villard et Rivière (de Lyon) ont rapporté l'observation d'un jeune homme de 16 ans ayant une otorrhée chronique qui fut atteint à moment donné de septicémie d'origine otitique, avec troubles cérébraux graves. On diagnostiqua phlébo-sinusite et l'apophyse mastoïde fut trépanée à la gouge et au maillet. Ses cellules étaient saines, mais on découvrit le sinus latéral qui apparut thrombosé et puriforme. Il fallut le poursuivre jusqu'au pressoir d'Hérophile et lier la jugulaire. Sept jours plus tard, l'autopsie montra une thrombose étendue de la jugulaire, qui aurait pu être arrêtée dans son évolution par une intervention plus hâtive.

Aug. Benoit.

Du sérum antidiphtérique dans l'ozène. (*Wratscht* n° 10, 1897.) — Abloff rapporte le cas d'une fillette de cinq ans atteinte d'ozène chez laquelle il a pu obtenir la guérison complète avec une seule injection de sérum antidiphtérique de Roux à la dose de 10 centigrammes. Ce cas apporte une nouvelle confirmation de l'excellence de ce procédé qui d'après Belfanti, donne un nombre énorme de guérisons (91 pour 100).

B. Taft.

Sur un cas d'ozène traité par l'électricité. Wratsch, n° 40, 1897.) — Il s'agit dans le cas rapporté par Goseker d'une jeune femme de 26 ans atteinte d'ozène assez prononcé. Des lavages abondants de résorcine, de permanganate de potasse, de carbonate de soude, etc., n'ont procuré qu'une amélioration passagère. Les badigeonnages de Mande et les tamponnements de Gottstein étaient mal supportés. On décida de recourir à l'électrolyse. Une électrode en platine, entourée d'une couche d'ouate fortement imbibée d'une solution saline, fut introduite dans une narine (la couche d'ouate était assez épaisse pour que la narine fût complètement obstruée), l'autre électrode fut placée sur la face correspondant à la paroi antérieure de l'antre d'Hygmore. Les séances duraient de cinq à dix minutes; le courant employé était de 5 à 10 milliampères (la malade ne supportait pas de courants plus forts). On faisait deux séances par jour : le matin dans une narine, le soir dans l'autre.

Après chaque séance, on constatait sur la muqueuse nasale la formation de pellicules de couleur blanc grisâtre; il se produisait ensuite un écoulement d'un liquide aqueux et parfois du larmoiement.

Au bout de cinq séances, le résultat obtenu a été le suivant : la malade, qui avant le traitement était atteinte de perte complète de l'odorat, a commencé à distinguer des odeurs fortes (l'ammoniaque, par exemple); l'air expiré par le nez a perdu son odeur caractéristique; les croutes sont devenues plus molles et se forment en moins grande quantité; enfin le mauvais goût que la malade ressentait avant dans la bouche a diminué. Ces résultats ont-ils persisté? On ne saurait le dire, car la malade avait interrompu le traitement.

L'auteur termine son observation en insistant sur ce fait que l'électrode nasale modifiée que nous avons décrite plus haut a cet avantage qu'elle permet de mettre en contact avec le courant électrique une surface plus large de la pituitaire; en même temps que l'action électrolytique du courant n'est pas supprimée.

B. Taft.

Traitement chirurgical des affection du sinus frontal. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — Ayant pu se convaincre que les procédés habituellement employés donnent des récidives. Golovine chercha à les perfectionner et il modifia ainsi que suit le procédé ostéoplastique de Czerny-Valkovitsch.

La première incision est faite dans la direction horizontale, immédiatement au-dessus du sourcil; l'autre incision part de l'extrémité interne de la première et y est perpendiculaire, de sorte que l'incison cutanée complète a l'aspect d'un T couché. Ceci fait, on dissèque la peau et, a une certaine distance au-dessus de l'incision cutanée on pratique une incision du périoste sous forme d'un arc de cercle, dont le sommet est tourné en haut et non pas en bas, comme faisait Czerny. C'est sur la ligne de cette incision qu'on sectionne l'os. Le lambeau osseux, ayant à peu près la largeur d'une pièce de deux francs, est rabaissé et le sinus frontal se trouve ainsi découvert.

Ce procédé présente, d'après son auteur, cet avantage que les incisions osseuse et cutanée ne se trouvent pas aux mêmes points; chacune d'elles se cicatrise à part, d'où il résulte que les traces laissées par l'opération sont moins nettes, point qui a son importance au point de vue esthétique.

Comme cautérisant, Golovine a employé la

vapeur chaude, qui a cet avantage qu'elle peut pénétrer dans les foyers les plus petits et le plus profondément situés.

Un cathéter élastique, qu'on fait passer du sinus frontal en dehors, par le nez, est laissé en place pendant quelques semaines. C'est à travers ce cathéter qu'on pratique des lavages quotidiens du sinus frontal avec du peroxyde d'hydrogène. Les sutures ne sont appliquées que sur l'incision cutanée.

Pour se rendre compte de ce qui se passe dans le sinus frontal cautérisé à l'aide de la vapeur chaude, Golovine a fait des expériences sur des chiens et il constata que bientôt après l'opération le sinus frontal s'emplit de granulations.

Golovine n'a jamais observé, ni chez ses opérés, ni chez les animaux en expérience, la moindre action fâcheuse de la vapeur chaude sur le cerveau.

Disons, enfin, que Golovine a opéré onze malades d'après son procédé, et qu'il est arrivé à cette conclusion que ce procédé donne des résultats bien plus favorables que les autres.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Quand et comment faut-il employer l'atropine en oculistique? par Terrien. (*Journal des Praticiens*, n° 39, p. 611, 1897.) — L'atropine, on le sait, dilate la pupille. Or la pupille étant dilatée, l'iris est réduit au minimum, les vaisseaux iriens sont contractés; il s'en suit que l'atropine joue un rôle considérable dans le traitement des affections de l'iris.

Non seulement elle fait contracter les vaisseaux de cette membrane, mais encore elle permet de rompre les adhérences (synéchies) que celle-ci contracte avec la cristalloïde antérieure et qui font obstacle à son bon fonctionnement; enfin, en même temps qu'elle amène la dilatation pupillaire et diminue l'éréthisme vasculaire, elle calme les douleurs intolérables qui se produisent habituellement.

L'atropine est, en somme, le véritable médicament spécifique des affections de l'iris; elle sera donc employée systématiquement dans toutes les iritis : simple, syphilitique, tuberculeuse, rhumatismale, blennorhagique.

On doit également l'utiliser, comme moyen prophylactique, dans toutes les affections susceptibles de se compliquer d'iritis : kératite interstitielle, vasculaire, infiltrations de la cornée, érosions, abcès et ulcères de la cornée.

Elle est surtout indiquée dans les ulcères de la cornée situés près du limbe scléro-cornéen.

L'atropine est contre-indiquée toutes les fois qu'on ne pourra sans danger déterminer une élévation de tension de l'œil. Elle sera absolument proscrite dans tous les cas de glaucome. En cas de doute sur la nature de l'affection oculaire, et en l'absence de renseignements donnés par l'ophtalmoscope, on se rappellera que la pupille est habituellement dilatée dans le glaucome, tandis qu'elle est contractée dans l'iritis. En cas de doute, le mieux sera de s'abstenir ou de recourir au besoin à l'emploi de la cocaïne qui, tout en dilatant la pupille, n'aura pas l'inconvénient de pouvoir déterminer, par une tension exagérée, une poussée suraiguë de glaucome.

De même, lorsque par suite de l'âge du sujet, la sclérotique est devenue très rigide, l'usage des mydriatiques en pareil cas peut provoquer des complications glaucomateuses; on devra donc s'abstenir de l'emploi de l'atropine, surtout si l'on a affaire à un œil hypermétrope, ces yeux y étant particulièrement exposés.

L'atropine est encore contre-indiquée dans le cas d'ulcère profond de la cornée, surtout si l'ulcère siège au centre de cette membrane. On aura recours alors aux myotiques qui diminueront la tension oculaire et pourront empêcher une perforation de se produire.

L'atropine s'emploie en collyre. Suivant le cas on prescrira par jour deux, quatre ou six instillations de :

Sulfate neutre d'atropine.	5 centigr.
Eau distillée bouillie.....	10 grammes.

Il peut être utile d'associer la cocaïne à l'atropine (25 centigrammes de cocaïne).

G. Lyon.

L'holocaïne en ophtalmologie, par J. Chevalier. (*Bulletin gén. de thérapeutique*, 20e livraison, p. 609, 1897.) — Dans toutes les opérations où l'holocaïne a été employée pour l'anesthésie par M. Chevalier, cette substance a été employée en instillation (solution à 2 0/0), sauf pour l'ectropion et les chalazions où l'on injecta à 1 centimètre cube de solution à 1 0/0. On instillait dans les culs-de-sac conjonctivaux quatre à cinq gouttes de solution; puis, environ une minute avant l'opération, de nouveau trois à quatre gouttes. Pour les opérations sur les paupières l'holocaïne a été employée en injections sous-cutanées à des doses d'un demi à 1 centimètre cube au maximum. Jamais M. Chevalier n'a observé d'accidents.

La toxicité de l'holocaïne est un peu supérieure à celle de la cocaïne, mais étant donné qu'avec une dose moitié moindre, l'effet produit est le même, il résulte de son emploi une sécurité beaucoup plus grande pour l'opérateur.

L'action anesthésique paraît s'exercer avec plus de rapidité que celle de la cocaïne. Au bout d'une demi-minute elle est déjà fort avancée : au bout d'une minute et demie on peut la considérer comme complète. Sa durée varie de cinq à quinze minutes.

Un des grands avantages de l'holocaïne réside en ce qu'elle ne ternit pas la cornée, ne donne pas, comme la cocaïne et les eucaïnes un dessèchement, un ratatinement des cellules superficielles qui s'exfolient et forment des éraflures.

G. Lyon.

De l'holocaïne. (*Wratsch*, n° 37, 1897.) — Natanson a employé l'holocaïne dans un certain nombre de cas de petite chirurgie oculaire et s'en est fort bien trouvé. Les avantages de l'holocaïne (que l'auteur employait en solution à 1 0/0) sont les suivants. Tout d'abord l'anesthésie de l'œil et particulièrement de la cornée est plus rapide : elle se produit en l'espace d'une demie à une minute, de sorte quela golocaïne est tout indiquée dans l'extraction des corps étrangers. En outre, la golocaïne ne dilate pas la pupillle, ne provoque pas la paralysie de l'accommodation et ne détermine ni obscurcissement ni desquammation de l'épithélium corné. Enfin, l'holocaïne agit dans les cas d'intense inflammation de l'œil où la cocaïne reste presque sans effet. Il en résulte que l'holocaïne est très indiquée dans l'examen anesthésique d'un œil enflammé, lorsqu'il existe de la photophobie ou de la contracture convulsive des paupières.

B. Taft.

Traitement du trachome. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — Les moyens thérapeutiques employés dans le trachome doivent satisfaire aux desiderata suivants : ils doivent désinfecter et détruire les éléments lymphoïdes en laissant les tissus sains intacts ; ils doivent, en outre, provoquer la dilatation des vaisseaux sanguins. Ni le sulfate de cuivre, ni le sublimé, ni le traitement chirurgical ne satisfont, d'après Nesnumoff, aux desiderata sus-indiqués. En ce qui concerne le traitement chirurgical, l'expression de chaque bulle peut seule être un adjuvant au traitement pharmaceutique. Au contraire, l'iode remplit toutes ces conditions. Il est employé de la façon suivante. On trempe un bâton de verre pointu dans un flacon contenant une solution d'iode dans de l'éther. L'éther s'évapore rapidement à l'air, et le bâton est plongé dans chaque sac séparément ; on procède ainsi dans des cas aigus. Lorsqu'on se trouve en présence d'un trachome diffus on a recours à des badigeonnages avec des solutions d'iode dans de la vaseline à 1-3 0/0. L'iode contribue également à la disparition rapide du pannus. La préparation iodée doit être sans aucun mélange.

B. Taft.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Trichophytie et favus. (*Deutsche med. Zeitung*, 4, 8 et 11 novembre 1897.) — Nous ne retiendrons de l'important travail d'Unna, que la partie thérapeutique. On commence dans les cas de trichophytie à petites spores, par raser le cuir chevelu, puis on le nettoie à fond avec du savon noir : ceci fait on badigeonne au collodion les points malades ; le collodion dépassera d'un centimètre le pourtour de la plaque. Cette application est renouvelée tous les jours pendant cinq à sept jours. Ce laps de temps écoulé on soulève les bords des placards de collodion et on les arrache avec une petite pince : le cuir chevelu apparaît alors, débarrassé des poils et des masses épidermiques : les follicules sont largement ouverts. On fait alors un badigeonnage de teinture d'iode et on applique ensuite un emplâtre à l'iodure de plomb. Deux fois par semaine, on enlève l'emplâtre, on nettoie à la benzine le cuir chevelu dans les points malades, on rase, on badigeonne à nouveau énergiquement à la teinture d'iode et on applique à nouveau l'emplâtre.

Quand il s'agit de trichophytie à grosses spores, on rase comme ci-dessus, on nettoie à fond et on applique ensuite la pommade suivante :

Chrysarobine.....		
Icthyol.....	âà	5 grammes.
Acide salicylique.....	2	—
Adeps lanae.....	30	—
Vaseline.....	60	—

Us. Ext.

Par-dessus un bonnet de toile cirée, bien fixé sur les bords avec de la colle de zinc, dans le but d'empêcher que la pommade en suintant sous les bords du bonnet, n'aille irriter les yeux.

Pendant quatre jours, on enlèvera tous les

ours le bonnet pour appliquer la pommade. A partir du cinquième jour, on nettoie simplement la tête pendant trois jours, et on applique de la pâte de zinc soufrée.

Au bout de ce temps, nouvelle application de l'onguent à la chrysarobine. Il faut six semaines au maximum pour obtenir la guérison.

Dans les cas de favus, on épile au lieu de raser; pour épiler les points où se trouvent les godets, on se sert de bâtonnets à la poix, dont on ramollit l'extrémité à une flamme et que l'on applique tout chauds sur les points à traiter. Les points épilés sont badigeonnés à la teinture d'iode ou recouverts de la solution suivante :

Teinture d'iode.....	90 grammes.
Glycérine.....	10 —
Bichlorure d'hydrargyre.	20 centigr.

On pourra faire une séance tous les jours, ou deux fois par semaine selon les cas.

E. Vogt.

Traitement du lupus vulgaire par les courants d'air chaud, par Hollœndes. (*Presse médicale*, n° 90, p. 269, 1897.) — Le but que s'est proposé M. Hollœndes consiste à déterminer la mortification lente et progressive de la plaque lupique, sans permettre aucun contact direct entre la source de calorique et la lésion; en un mot, il s'agit de provoquer la formation d'une exhare en commençant par le simple échauffement de la zone malade.

En procédant de la sorte, on a la certitude de bien limiter son champ d'action et de n'exercer aucun rayonnement sur les tissus sains périphériques.

L'instrument dont se sert M. Hollœndes se compose essentiellement d'une longue tige métallique, terminée en pointe et percée d'une lumière centrale à travers laquelle on peut faire passer un courant d'air au moyen d'une soufflerie en caoutchouc. Pour faire fonctionner cet appareil, il suffit : 1° d'exposer la tige métallique à l'action d'une flamme suffisamment chaude pour obtenir la température voulue; 2° de projeter un courant d'air en faisant manœuvrer la poire en caoutchouc; en utilisant une source de chaleur suffisamment intense, le courant d'air qui, après avoir traversé la lumière de la tige métallique incandescente, s'échappe par l'orifice libre, peut acquérir une température supérieure à 300°.

En ce qui concerne le manuel opératoire, il importe de distinguer deux degrés dans cette cautérisation par l'air chaud : la cautérisation absolue et la cautérisation relative.

Lorsqu'on se trouve en présence de nappes lupiques étendues, sans interposition d'îlots de peau saine, et dans des régions où la rétraction cicatricielle n'est pas à craindre, il ne faut pas hésiter à recourir à la cautérisation absolue.

Mais dans les cas où les lésions siègent en certains points de la tête ou de la face, tels que le nez, les oreilles, les lèvres, les paupières, etc., c'est la cautérisation relative qui est formellement indiquée, car, avec elle, on n'a pas à redouter la production de ces hideuses cicatrices que tous les médecins connaissent bien; on agira de même dans les cas où les plaques lupiques ont envahi la presque totalité du visage et du cou.

G. Lyon.

Petite chirurgie dermatologique; la scarification, par Baocq. (*Presse médicale*, n° 100, p. 342, 1897.) — La scarification pratiquée par Volkmann sous forme de ponctions répétées, dans les cas de lupus, a été modifiée par Balmanno Squin (1874) qui a substitué les scarifications linéaires aux scarifications ponctuées. Au lieu de faire des mouchetures avec une aiguille pointue, il fit des incisions avec une lame tranchante.

E. Vidal, médecin de Saint-Louis, pour étudier le mode d'action de scarification, fit faire une série de recherches histologiques. Des fragments de lupus prélevés par biopsie, aux différentes phases du travail de réparation qui succède à la scarification, furent soumis à l'examen microscopique. On put ainsi constater les phénomènes dont les tissus sont le siège : la délacération des téguments et la section des vaisseaux modifient considérablement les conditions de la circulation et de la nutrition dans toute l'étendue du territoire scarifié; les éléments cellulaires les plus altérés subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et disparaissent; les cellules plus jeunes, au lieu de se développer dans le sens néoplasique, s'organisent sous forme de tissu conjonctif cicatriciel, lequel devient de plus en plus dense et aboutit finalement à la sclérose. On retrouve donc ici le processus habituel de guérison spontanée des nodules tuberculeux, à savoir la transformation fibreuse.

Le scarificateur adopté par M. Vidal et qui est encore, à l'heure actuelle, le scarificateur le plus parfait, se compose d'une lame de 22 à 24 millimètres de longueur environ, de 2 millimètres et demi à 3 millimètres de large : la moitié inférieure est mousse et arrondie sur les bords; la moitié supérieure présente deux tranchants qui se rejoignent en formant une crête mousse sur chaque face; l'extrémité forme un triangle, dont les côtés se coupent au sommet sous un angle de 60° à 70°.

La scarification consiste essentiellement à

faire; sur une surface donnée, une série d'incisions parallèles, puis à croiser ensuite celles-ci par une seconde série d'incisions coupant les premières à angle aigu.

Dans le lupus vorax les résultats, toujours excellents, sont bien supérieurs à ceux de toutes les autres médications.

Dans le lupus ulcéreux simple, ils sont aussi très bons, mais moins rapides.

Dans le lupus non exédens, la guérison s'obtient avec moins de sûreté et plus de lenteur.

Dans la couperose, elle constitue pour ainsi dire la méthode unique à employer, sauf certaines indications d'électrolyse.

Dans la kéloïde, la scarification n'amène la guérison totale que dans des cas exceptionnels; mais seule ou combinée à d'autres procédés, elle donne presque toujours de notables améliorations.

Elle permet en outre, très fréquemment, de corriger dans une large mesure les cicatrices défectueuses consécutives à l'emploi d'autres procédés thérapeutiques.

G. Lyon.

Traitement des ulcères chroniques par l'airol. (*Journal de médecine militaire*, n° 8, 1897.)— Ostrowsky dans 54 cas d'ulcères chroniques, a employé l'airol, comme topique. Déjà le troisième ou le quatrième jour du traitement l'ulcère changeait d'aspect : le fond se détergeait, les granulations devenaient plus vives, le pus de bonne qualité. La cicatrisation commençait le sixième ou le septième jour.

On n'a jamais constaté le moindre accident, et en moyenne les ulcères se cicatrisaient en l'espace de dix-sept à vingt-quatre jours.

Voici enfin les résultats obtenus :

Sur les 54 cas dans 32 la cicatrisation a été complète. Dans 16 il y a eu une amélioration considérable : les malades n'ont pas terminé leur traitement. Dans les six autres cas, les ulcères, après trois semaines de traitement, sont restés dans le *statu quo*.

Comparativement à l'iodoforme, l'airol agissait sur la cicatrisation des ulcères plus énergiquement et plus rapidement.

B. Taft.

Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés. (*Rapport au Congrès de Moscou*, 1897.)— L'année dernière, Tarnowski a communiqué au sixième Congrès des médecins russes à Kieff, les résultats négatifs qu'il avait obtenus dans le traitement de la syphilis avec du sérum de chevaux auxquels il avait inoculé la syphilis. (Nous avons analysé à cette époque la communication en question dans le *Revue*.) Ayant échoué, il chercha, avec le Dr Yakovleff, si l'on ne pourrait pas obtenir de meilleurs résultats en se servant du sérum d'animaux mercurialisés.

C'est dans ce but que les deux rapporteurs ont fait des injections sous-cutanées de calomel à trois poulains. Chaque poulain était soumis à la mercurialisation pendant deux mois et demi en moyenne ; on lui injectait de 4 à 6 grammes de calomel ; le nombre des injections variait de 16 à 30. Tous les animaux finissaient par présenter des accidents caractéristiques du côté de la cavité buccale.

Le sérum était préparé par le Dr Djergowsky. Le nombre des malades traités par ce sérum a été de 13, dont chez 5 on a constaté des traces de mercure dans les urines.

En outre de ce sérum on en avait encore préparé un autre, phéniqué. Celui-ci était pris sur des chevaux mercurialisés par des injections de salicylate de mercure. Le nombre des malades traités par ce dernier sérum a été de 3.

Les injections, à la dose de 10 à 20 centigrammes chaque, étaient faites au nombre de 3 à 4 par semaine.

Sur les 16 malades, 7 présentaient des accidents primaires, 4 des accidents secondaires, 5 des accidents tertiaires.

En ce qui concerne la première catégorie de malades, les injections de sérum n'ont déterminé aucune action favorable ni au point de vue de l'évolution de la maladie, ni au point de vue de l'éruption.

Sur trois malades appartenant à la deuxième catégorie, chez lesquels au moment du traitement la roséole était à son début, les injections n'ont pas eu non plus d'action favorable sur l'évolution de la maladie : les choses se passaient de la même façon que chez les syphilitiques non traités. Chez le quatrième malade les injections ont déterminé une élévation de température.

Quant aux 5 malades composant la troisième catégorie, et où l'on avait affaire aux accidents tertiaires, 4 étaient atteints de syphilis acquise et 1 de syphilis héréditaire. Là encore le traitement n'a donné aucun résultat.

Tarnowsky et Yakovleff arrivent donc à cette conclusion que le traitement par le sérum d'animaux mercurialisés est absolument inefficace. Ce n'est pas tout : il exerce même une action défavorable qui se manifeste par une élévation de température accompagnée d'érythème ou de purpura, d'albuminurie, de douleurs articulaires et musculaires, de tuméfaction douloureuse très prononcée des ganglions axillaires.

Sur des malades auxquels on avait injecté le

sérum de Soukoff, on a fait l'examen du sang et l'on a constaté que le nombre des globules rouges et blancs diminuait ; cette diminution portait particulièrement sur les globules blancs jeunes ; celui des globules mûrs restait invariable. En même temps l'hémoglobine et la densité du sang diminuaient. Le rapport se termine par des conclusions qui résument les faits que nous venons d'exposer.

B. Taft.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Hystérectomie abdominale totale par Ricard et Peyrot. (*Société de chirurgie*, 8 décembre 1898. — M. Ricard croit pouvoir affirmer que l'hystérectomie abdominale est devenue le procédé de choix dans la cure des fibromes. Il ne s'agit donc plus de discuter les méthodes à pédicule rentré ou à pédicule sorti, mais bien celles qui utilisent ou non l'hémostase préalable.

Le procédé sans hémostase appartient à M. Doyen. Mais il est bon de ne l'appliquer qu'aux fibromes mobiles et non compliqués. Tous les autres procédés, avec hémostase préalable (Ricard Richelot, etc.) peuvent être employés indifféremment, car ils ne paraissent pas supérieurs les uns aux autres. Lorsqu'il s'agit d'*annexites* suppurées, il faut aller atteindre l'artère utérine à travers des adhérences et des poches purulentes ou hématiques, ce qui est toujours fort laborieux. L'*hémisection utérine* peut être le moyen le plus sûr pour aller jeter des ligatures en bonne place (Ricard, Faure).

Pour les cas graves dans lesquels on n'aura pas cru devoir employer l'hystérectomie vaginale, M. Ricard conseille d'employer la méthode américaine modifiée, c'est-à-dire d'aller par le côté le moins atteint, lier l'une des utérines, puis, en faisant basculer l'utérus latéralement, celle du côté opposé et décortiquer méthodiquement de bas en haut.

M. Peyrot a fait part d'une statistique comprenant 23 hystérectomies totales, avec 2 morts seulement. Il attire la tumeur hors du ventre et place deux ligatures sur toute la hauteur du ligament large ; il taille ensuite un lambeau antérieur et refoule la vessie en avant. Un instrument introduit dans le vagin permet alors d'ouvrir le cul-de-sac antérieur au ras de l'utérus et celui-ci est dès lors enlevé en plusieurs coups de ciseaux successifs, avec application de pinces après chacun d'eux. S'il paraît plus avantageux de commencer en arrière, c'est le cul-de-sac postérieur qu'il ouvre le premier.

Aug. Benoit.

Du biiodure de mercure dans les affections gynécologiques. (*Journal russe d'accouchements*, n° 3, 1897.) — Anouffrieff regrette que le biiodure de mercure, un antiseptique excellent, soit presque abandonné dans la pratique gynécologique. D'un côté par ses propriétés antiseptiques puissantes supérieures à celles du sublimé, d'un autre côté par sa toxicité moindre, le biiodure de mercure mérite l'application la plus large.

Le biiodure de mercure n'a pas d'odeur et se dissout facilement (en présence d'une égale quantité d'iodure de potassium). Toutes les petites plaies, les érosions par exemple se cicatrisent fort bien sous l'action du biiodure de mercure même en solution de 1 pour 10.000.

Les processus gonorrhéiques étrangers cèdent à cet antiseptique. A la Clinique d'accouchements et de gynécologie de Varsovie le biiodure de mercure a été appliqué dans toute une série de cas et depuis bientôt trois ans on l'emploie systématiquement dans les laparotomies.

B. Taft.

Du curettage comme moyen thérapeutique pour avortement artificiel légal. (*Medicins. Obos.*, n° 8, 1897.) — Après avoir exposé brièvement l'historique de la question, Mouratoff expose longuement sa méthode personnelle, qui est la suivante :

La veille de l'opération, on fait prendre à la malade un bain tiède et on lui fait trois injections au sublimé à 1 pour 3000 ; pour la nuit, on introduit dans le vagin un tampon trempé dans l'émulsion iodoformée. Pendant l'opération on fera bien de remplacer la valve supérieure par le spéculum de Fritchs, à lavage continu ; le col de l'utérus n'est pas allongé, mais simplement fixé par une pince de Museux. Ceci fait, on procède à la dilatation progressive du col, en commençant par un hystéromètre ordinaire et en finissant par le plus épais dilatateur. La dilatation est portée plus ou moins loin, suivant les cas ; dans la majorité des cas, on peut l'arrêter au moment où la curette à 1 centimètre de diamètre peut pénétrer librement dans la cavité utérine. L'extraction de l'œuf doit être faite rapidement. L'œuf enlevé, on lave l'utérus avec une solution antiseptique chaude (à 35°), après quoi on introduit dans la cavité utérine une

bandelette de gaze iodoformée (à 10 pour 100 d'iodoforme); le vagin est tamponné également avec de la gaze iodoformée. L'opération terminée, on prescrit à la malade de l'ergot de seigle et on lui applique sur le ventre une vessie de glace.

Si les suites opératoires sont normales, on laisse en place le tampon vaginal, ainsi que la bandelette de gaze intra-utérine, pendant deux jours. Au bout de ce temps, on prescrit des injections vaginales deux fois par jour. La malade peut quitter le lit le dixième ou le douzième jour.

En se basant sur douze cas personnels, Mouratoff se croit en droit d'affirmer que l'intervention chirurgicale n'entraîne aucune suite fâcheuse, ni au point de vue de l'état des organes génitaux, ni au point de vue de l'état général.

B. TAFT.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement des diarrhées chroniques chez les enfants. — M. le Pr HUTINEL (*Médecine moderne*, 11 décembre 1897.) étudie les diarrhées chroniques des enfants et divise ce sujet en quatre chapitres :

1° Diarrhées persistantes des enfants nourris au sein;

2° Diarrhées persistantes des enfants nourris au biberon;

3° Diarrhées chroniques chez les enfants sevrés;

4° Diarrhées chroniques des enfants déjà grands.

1° *Diarrhées persistantes des enfants nourris au sein.* — Dans les premiers mois de la vie, survient quelquefois une *diarrhée verte, biliaire*, sans fièvre ni vomissements; l'état général de l'enfant n'est souvent pas impressionné, mais les digestions sont pénibles, accompagnées d'émissions gazeuses et de météorisme abdominal. Il suffit souvent de changer de nourrice pour voir ces accidents disparaître. Cette diarrhée verte biliaire des premiers mois de la vie n'est pas inquiétante tant que l'enfant augmente de poids, mais il faut la combattre si l'enfant dépérit, car elle mènerait à l'athrepsie ou à une infection grave.

Le traitement sera celui des dyspepsies simples : régler les tétées et les éloigner s'il est nécessaire, en surveiller la durée et l'abondance; cesser le lait stérilisé si l'enfant est à l'alimentation mixte. Donner de l'eau de Vichy ou de l'eau de chaux par cuillerée à café cinq à dix minutes avant chaque tétée. Au besoin avoir recours à la craie, associée ou non au bicarbonate de soude ou à la magnésie: parfois on donnera du sous-nitrate ou du salicylate de bismuth, du benzo-naphtol ou du phosphate de chaux: on peut aussi avoir recours au tanin, ou au tannigène par prises de 15 à 20 centigrammes trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. De loin en loin on donnera 2 à 5 centigrammes de calomel, ou une petite dose d'huile de ricin ou de magnésie, si l'on craint l'infection.

2° *Diarrhées persistantes des enfants nourris au biberon.* — Elles sont dues le plus souvent à la mauvaise qualité du lait ou à son mode d'administration qui est défectueux. La première indication à remplir est de modifier l'alimentation : donner une nourrice, s'il est possible, et régler les tétées. Si cela est impossible, on donnera du lait stérilisé, coupé si les selles sont trop compactes et trop grasses : il faut le saler légèrement (Bouchut); éloigner les repas, et éviter qu'ils ne soient trop copieux; l'alimentation sera plutôt insuffisante qu'excessive.

Le lait d'ânesse donnera quelquefois des succès; et si les selles sont fétides et la langue chargée, on aura parfois à se louer du kephir. Au-dessus de 8 à 10 mois, si les selles sont liquides et abondantes, on obtiendra souvent de bons résultats de la viande crue.

Quelques minutes avant les repas on donnera une cuillerée à café d'eau de Vichy, quelques centigrammes de bicarbonate de soude, une pincée d'une poudre composée, à parties égales, de bicarbonate de soude et de craie, un peu de carbonate de magnésie ou de magnésie associée au benzo-naphtol, etc. Après le repas on peut donner une faible dose de pancréatine ou de papaïne, ou mieux la limonade chlorhydrique.

Si les selles restent liquides malgré le changement de régime, du phosphate de chaux, les préparations de bismuth, le tannigène, parfois le nitrate d'argent sont indiqués.

Les eaux de Carlsbad, de Vals ou de Châtel-Guyon, données d'une façon méthodique, peuvent régulariser les selles chez les enfants au-dessus d'un an.

3° *Diarrhées chroniques chez les enfants sevrés.* — Ces diarrhées sont dues à une alimentation

défectueuse; pour les guérir il faut revenir à l'alimentation exclusivement lactée, et ne donner que du lait stérilisé ou bouilli, à intervalles réglés. Au lait on ajoutera d'abord de l'eau de chaux, de l'eau de Vichy ou du sel, puis plus tard des farines. On pourra, si le lait échoue, essayer le kephir et la viande crue.

L'acide chlorhydrique produit de bons effets ainsi que les eaux de Carlsbad, de Plombières, de Châtel-Guyon. Le tanin et ses dérivés, les astringents, les poudres absorbantes, les antiseptiques insolubles (benzonaphtol, salicylate de bismuth, salol, etc.) peuvent être employés utilement quand la diarrhée résiste au changement de régime. Dans ces cas on pourra avoir recours à l'opium, mais à très petites doses et associé à une poudre absorbante. Le phosphate de chaux sera recommandable quand il y a des déformations rachitiques.

Les bains salés, les frictions stimulantes, les massages de l'abdomen sont souvent utiles. Les lavements astringents ou amidonnés sont indiqués quand la diarrhée est tenace, les lavements de guimauve éviteront la stagnation des matières dans l'intestin.

Au cours de ces diarrhées on devra fréquemment avoir recours aux laxatifs légers : calomel à petites doses, et purgatifs salins. On se trouvera souvent très bien d'un changement d'air.

4° *Diarrhées chroniques des enfants déjà grands.* — De 5 à 15 ans on peut rencontrer des diarrhées dont la cause première est due à un trouble de la fonction stomacale. La guérison est souvent longue à obtenir. Le lait est souvent assez mal toléré, de même que la viande crue. Les potages très cuits, épais et dégraissés, les purées de légumes secs, le riz, le macaroni, les pâtes, les œufs à la coque, les viandes très cuites et tendres réussissent mieux : l'acide chlorhydrique est généralement utile.

Tous les matins, pendant un certain temps, on donnera une légère dose d'eau laxative ou un sel neutre (sulfate de soude, sulfate ou nitrate de magnésie) et on administrera ensuite, avant chaque repas, une petite dose d'opium. Le phosphate de chaux (décoction blanche ou glycérophosphate) est aussi nettement indiqué.

Dans ces cas on obtient d'excellents résultats avec les eaux des Plombières ou de Carlsbad.

E. THIERCELIN.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Utilisation thérapeutique d'un produit de condensation du tanin et de l'hexaméthylènetétramine (urotropine). (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 49, 1897.) — SCHREIBER, assistant de la clinique médicale de Gottingue, a fait, sous la direction du Pr EBSTEIN, des expériences sur un produit de condensation contenant 87 0/0 de tanin et 13 0/0 d'urotropine, se présentant sous l'aspect d'une poudre brun clair, légère, peu hygroscopique, insipide, presque insoluble dans l'eau, les acides faibles, l'alcool et l'éther, mais se dissolvant lentement dans les alcalis faibles. Après absorption, on retrouve dans l'urine la réaction caractéristique de l'urotropine.

Le médicament se prête tout particulièrement au traitement du catarrhe intestinal, car il permet d'amener le tanin jusqu'aux points lésés, sans que le suc gastrique acide puisse provoquer une décomposition. On commencera par des doses de 1 gramme trois ou quatre fois par jour chez les adultes, et de 20 à 50 centigrammes plusieurs fois par jour chez les enfants.

Dans 32 cas d'affections intestinales, dont 20 aiguës ou subaiguës, 10 chroniques (dont 4 tuberculeuses) et 2 fièvres typhoïdes, l'auteur obtint des résultats très satisfaisants. Les selles deviennent rapidement plus rares et plus consistantes. Dans les cas aigus, il suffit de 2 à 3 grammes du médicament pour obtenir la guérison. Dans les deux cas de fièvre typhoïde, le nombre des selles a été ramené à deux par jour (au lieu de douze), en donnant dans un cas 4 grammes, dans l'autre 6 grammes.

Le produit nouveau a reçu le nom de *tannone;* la formule chimique est :

$$(CH_2)_6Az_4 : (C_{14}H_{10}O_9)_3.$$

E. VOGT.

De l'iodoterpine. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — Dans sa communication sur l'iodoterpine, LIVEN décrit cette substance de la façon suivante : c'est un liquide de couleur foncée ayant l'odeur de la térébenthine, de densité de 1,19; elle présente une combinaison directe de terpine et d'iode, se dissout facilement dans l'éther, le benzol, le chloroforme et la benzine de naphte et jusqu'à 10 0/0 dans l'alcool anhydre avec réaction neutre. Elle bout entre 165° et 165°, s'absorbe facilement par la peau sans la détruire. L'iodoterpine se mélange avec les graisses et la vaseline dans toutes les proportions.

Ce sont les propriétés sus-indiquées qui ont amené l'auteur à proposer l'iodoterpine dans les cas où il est désirable d'obtenir une désinfection plus rigoureuse, surtout dans les cas chirurgicaux, comme succédané de l'iodoforme et dans la tharapeutique médicale à la place de la teinture d'iode. La teinture d'iode ne contient que 10 0/0 d'iode, tandis que l'iodoterpine en contient 50 0/0.

Pour saupoudrement de plaies, Liven mélange l'iodoterpine avec de la caoline stérilisée en proportion de 1 à 20 0/0. Ce mélange se présente sous forme d'une poudre de couleur gris jaunâtre.

Les expériences faites jusqu'à présent à l'hôpital militaire de Vilna parlent en faveur de l'emploi de l'iodoterpine.

Liven se propose, dans une publication ultérieure, de donner des renseignements plus détaillés sur la substance médicamenteuse qu'il préconise.

B. TAFT.

Du chinosol. (*Gazeta Lekarskan*, septembre 1897.) — Le chinosol sel potassique de sulfo-oxynoline, présente d'après les recherches de BARSTCHESWKI, une poudre finement cristallisée de réaction acide, de goût astringent, à l'odeur aromatique agréable rappelant celle du safran. Dans l'eau à la température de chambre, le chinosol se dissout en proportion de 60 0/0 : dans l'eau chaude le chinosol se dissout très facilement.

L'acidité du chinosol par rapport à celle de l'acide tartrique est de 27 : le chinosol ne coagule pas l'albumine même dans les solutions concentrées,

Administré à l'intérieur aux animaux à la dose de 1 à 2 grammes il ne détermine aucun phénomène d'imtoxication. Le staphylocoque blanc, le staphylocoque aureus et le bacille du charbon succombent dans une solution de chinosol de 1 pour 1000 en l'espace de quinze minutes, dans une solution de 1 pour 5000 à 1000 en l'espace de trente à soixante minutes. L'auteur en conclut donc que le chinosol possède des propriétés bactéricides plus prononcées que le sublimé et l'acide phénique. Il présente en outre les avantages suivants : 1° Il ne coagule pas l'albumine, 2° n'est pas toxique, 3° est facilement soluble dans l'eau à la température ordinaire, 4° son odeur est agréable, 5° il n'irrite pas l'épiderme ni les muqueuses.

Le chinosol peut trouver sa plus large application dans la pratique gynécologique et obstétricale sous forme de lavages à 1/2 pour 1000, ensuite dans la petite chirurgie, dans les plaies sulfurées et les ulcères atoniques (sous forme de pommade, de poudre, de solution, de gage, etc.) Dans les affections de l'arriére-gorge, du larynx et du nez le chinosol peut être employé sous forme de gargarismes, de lavages et d'insufflations ; on peut également s'en servir pour des bougies. Enfin, on peut administrer le chinosol à l'intérieur dans les affections gastro-intestinales. Il est tout à fait indiqué pour l'antisepsie des mains ; il est au contraire contre-indiqué dans la stérilisation des intruments, car étant donnée sa réaction acide, il forme des combinaisons avec le fer.

B. TAFT.

A propos de la différence d'action des deux pôles. (*Bul. offic. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, novembre 1897.) — E. ALBERT-WEIL, contrairement à l'opinion de Tripier, et d'accord avec Bergonié, Labat-Labourdette et Remak, conseille d'employer comme électrode active l'électrode négative, quand il s'agit d'obtenir une action résolutive par dilatation vasculaire, partout où des processus chroniques torpides ont envahi des tissus riches en sang ou en lymphe.

E. VOGT.

Action de l'eau amère de la source de Butaline (Caucase) sur l'assimilation des graisses. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1897.) — ANDREIEFF recherchant quelle était l'action de l'eau amère de la source de Butaline, naturelle et gazeuse, sur l'assimilation des graisses d'aliments, est arrivé à formuler les conclusions suivantes :

1° Cette eau, à la dose de 100 grammes deux fois par jour, augmente dans une petite mesure l'assimilation des graisses ; l'eau gazeuse exerce à ce point de vue une action moins manifeste que l'eau non gazeuse ;

2° Le poids du corps ne subit presque pas de modifications sous l'influence des doses sus-indiquées d'eau gazeuse ou non gazeuse ;

3° L'eau amère peut être donnée en petite quantité à des individus affaiblis dans le but de régulariser les fonctions intestinales ;

4° L'eau gazeuse ou non se conserve très bien dans des bouteilles : elle ne donne pas de précipité et n'a pas l'odeur d'hydrogène sulfuré

5° L'eau gazeuse a un goût moins désagréable que l'eau non gazeuse ; on la boit donc plus volontiers ;

6° Quant à son action purgative, l'eau de Butaline est aussi efficace que les autres eaux purgatives ; elle agit sans provoquer de symptômes pénibles du côté de l'intestin.

B. TAFT.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Rhumatisme articulaire aigu.

(*Suite*)

Médications accessoires :

Sueurs : a) sulfate neutre d'atropine, 1 demi-milligramme pour un granule, un à deux par jour.

b) Tellurate de soude. 2 centigrammes, en potion ou pilule.

Insomnie : Opium; injections de morphine.

Agitation, tendance au délire ; chloral, bromure de potassium :

Hydrate de chloral....	ää	6 grammes.
Bromure de potassium.		
Sirop d'éther.....	ää	60 —
Sirop de fleurs d'oranger.....		

Une ou deux cuillerées à bouche le soir, dans un demi-verre d'eau.

CONVALESCENCE :

1° Compression ouatée des articulations, quand l'hydarthrose ne se résorbe pas.

2° Massage.

3° Bains de vapeur ou bains sulfureux (un lous les deux jours) :

Trisulfure de potassium solide..... 100 grammes, pour un bain.

4° Iodure de fer en sirop, une cuillerée à bouche à chaque repas.

5° Traitement thermal : Aix-les-Bains, Bourbonne-les-Bains, Luchon, Barèges.

Néris, Lamalon, Royat, Luxeuil, Pombières (sujets nerveux).

c) TRAITEMENT DES PRINCIPALES COMPLICATIONS.

Péricardite.

1° Révulsion sous forme de ventouses scarifiées appliquées au niveau de la région précordiale.

2° Quand le cœur fléchit, digitale (30 centigrammes) en macération :

Poudre de feuilles de digitale.....	30 centigr.
Eau froide.....	150 grammes.

Faire macérer pendant douze heures et filtrer; à prendre en trois fois dans les vingt-quatre heures.

Injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de spartéine, d'huile camphrée; alcool; stimulants diffusibles (acétate d'ammoniaque, liqueur d'Hoffmann) (1).

3° Quand l'épanchement est très abondant, paracentèse du péricarde (ponction à 1 centimètre au-dessus de la limite inférieure de la matité).

Endocardite.

1° Même traitement que pour la péricardite, quand il y a des signes d'affaiblissement du myocarde.

2° Contre l'éréthisme cardiaque prescrire le bromure de potassium (3 à 4 grammes); le valérianate d'ammoniaque en solution (deux à trois cuillerées à café), le sulfate de quinine.

3° Iodure de potassium à petites doses (50 centigrammes).

Œdème pulmonaire.

1° Révulsion sous forme d'applications répétées de ventouses sèches.

2° Salicylate de soude.

Pleurésie.

1° Régime lacté ; boissons diurétiques.

2° Salicylate de soude.

Rhumatisme cérébral.

1° Suspendre le salicylate de soude.

2° Donner toutes les trois heures un bain à la température de 20° centigrades (premier bain à 30° et refroidir progressivement jusqu'à 20° centigrades).

Myélopathie.

1° Pointes de feu.

2° Ergotine (1 à 2 grammes) ;

Ergotine.....	1 à 2 gr.
Eau distillée.....	100 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges.....	50 —

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Chorée.

1° Antipyrine (2 à 3 grammes).

2° Arséniate de soude.

Arséniate de soude...	10 centigr.
Eau distillée.....	200 grammes.

Une cuillerée à café trois fois par jour; augmenter d'une tous les deux jours jusqu'à douze cuillerées par jour.

G. LYON.

(1) Les formules seront données ultérieurement quand nous traiterons de l'asystolie.

PETITE CHRONIQUE

Je manquerais à tous mes devoirs, si en ces quelques lignes qui vous arriveront à la première aurore de 1898, je ne vous présentais pas, comme tant d'autres, mes souhaits de nouvelle année : vous ne me le pardonneriez pas, ni mon directeur non plus, et je tiens à garder ses bonnes grâces.

Qu'elle soit meilleure, cette année nouvelle; qu'elle efface les tristes souvenirs laissés par celle qui s'en va. Que cet inconnu qu'elle renferme encore, cet inconnu qui est notre grande raison de vivre puisqu'il est fait, en nous, de toutes nos espérances et de toutes les justices que nous attendons de demain, faute d'aujourd'hui, — que cet inconnu nous révèle successivement des clients fidèles et reconnaissants, des confrères solidement unis, prêts à mettre flamberge au vent au premier mot lâché devant eux sur n'importe lequel, le plus inconnu même, des nôtres, — des magistrats consciencieux, puisqu'il faut que nous ayons affaire à eux, indépendants, soigneux de leur besogne, cherchant loyalement où est le bon droit, le bon sens, l'honnêteté vraie, et renonçant à se faire les champions — avec quelle inégalité dans la lutte! — des revendications et des empiètements du public sur une corporation dont celui-ci tient absolument à faire sa dupe.

Que si de nouvelles aventures nous atteignent, que la leçon de celles qui sont passées nous serve à quelque chose : que le public n'assiste plus à ces déchirements, à ces luttes intestines dont l'affaire Boisleux d'abord, puis l'affaire Laporte au début, ont été la triste occasion.

Le premier ennemi des médecins, on nous le dit partout et l'on a raison, c'est encore lui-même. *Medicus medico lupus*. Mon confrère Helme faisait l'autre jour une remarque très juste dans un de ses jolis Bulletins : toutes les railleries, toutes les observations cruelles à notre sujet, toutes les méchancetés dont on nous rebat les oreilles aujourd'hui, sont entrées dans le public par notre propre canal : c'est par des médecins eux-mêmes qu'ont été instruits, documentés, stylés, les gens de théâtre ou les journaux qui nous arrangent si bien à l'heure actuelle.

Dans son récent et curieux livre sur la Responsabilité médicale, M. Brouardel fait allusion à son tour au même fait, qui est certainement hors de doute. Toutes ces boutades féroces qui traînent dans le public, dit il, c'est un de nous qui les a lâchées a table, devant des gens très amusés et qu'il y aurait quelque naïveté à croire discrets.

Le Français adore se blaguer lui-même, et il faut souvent que ce soit l'étranger qui vienne nous donner la notion exacte de ce que nous valons. Du petit au grand, il en est de même. C'est à qui chez nous débinera la profession, ses misères, ses petites rivalités sournoises (comme il y en a partout, d'ailleurs), les procédés peu délicats de certains, un peu trop pressés (comme partout encore!). Entre nous, nous pouvons épancher notre cœur et nous condoléer : l'amertume du propos ne dépasse pas le cercle des camarades. C'est déjà beaucoup de trop : mais ce n'est rien, auprès de l'effet des menus propos tenus devant les profanes, qui recueillent ces boutades comme autant de documents vivants, pris à la meilleure des sources et qui les colportent avec joie...

Allons, laissons ces sombres propos. Une année toute neuve va s'ouvrir : sera-ce l'âge d'or! Je me contenterais déjà de celui d'argent. Quelle qu'elle soit, elle est l'inconnue, donc une possibilité du mieux. Et cela dépend tellement de nous, que ce possible soit au réel! Allons, que chacun y mette du sien! « L'union fait la force » n'est pas seulement une phrase destinée à orner la tranche des pièces belges. Vous voyez pourtant bien où nous a menés le contraire!

C'est l'union et encore l'union, la grâce que je vous souhaite, mes chers confrères, pour 1898, car en ce bonheur-là sont contenus en germe tous les autres. Le reste, comme dit l'Ecriture, vous sera donné par surcroît. Avouez que cela vaut bien la peine d'en essayer.....

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Les secours aux crèches. — Le Conseil municipal, dans sa séance de samedi dernier a, sur le rapport de M. Breuillé, réparti une somme de 99,000 francs entre les crèches établies dans les différents quartiers de Paris. S'en rapportant aux rapports des Drs Budin et Napias, dont nous avons déjà eu l'occasion de parler ici, le Conseil a décidé de ne verser ces sommes entre les mains des ayants droit qu'autant qu'ils s'engageront à accepter les conditions suivantes : 1° ne donner que du lait stérilisé aux enfants allaités artificiellement ; 2° donner aux mères de ces enfants la provision du lait stérilisé nécessaire pour la nuit et pour les jours où la crèche est fermée ; 3° inscrire régulièrement sur un registre ou des fiches spéciales, les pesées, faites à intervalles réguliers, des enfants de la crèche ; 4° se soumettre aux analyses de lait que l'Administration, d'accord avec la Commission des crèches, jugerait à propos de réclamer ; 5° s'engager à faire tous aménagements, transformations, installations, transferts, désinfections ; à suivre toute méthode — soit dans les soins, soit dans le choix du personnel — qui peuvent assurer l'hygiène et la santé des enfants et que l'Administration indiquera d'accord avec la Commission des crèches ; 6° s'engager à soumettre les comptabilités et comptes à l'examen des inspecteurs des caisses.

Le Sou médical. — Sous ce titre, le *Concours médical* publie l'article qu'on va lire et qui dans les circonstances présentes intéresse chacun d'entre nous.

« L'élan de solidarité, qui vient de consoler et de réhabiliter le Dr Laporte, a frappé d'admiration tous les amis de la profession médicale et, aussi d'étonnement et d'inquiétude, ceux qui s'habituaient à tomber sur nous en exploitant nos minuscules querelles.

« Ce fut, sans doute, un spectacle agréable ; mais le *Concours médical* y trouve surtout une leçon.

« Dans la grande journée du 14 novembre, qui comptera parmi les meilleures de son histoire, notre Société s'est préoccupée de rendre permanente de cette intime solidarité qui ne brillait que par les éclats, à intermittences lointaines : elle a créé, pour cela, avec un enthousiasme qui ne doit plus se démentir, une *Ligue de protection et de défense professionnelle*, dont l'activité sera de tous les instants, et se portera sur tous les terrains.

« Elle a voulu que cette œuvre fût à nous tous sans exception, et dans ce but, elle l'a basée sur la cotisation que s'imposent les plus modestes partisans de la prévoyance et de la mutualité, le *Sou quotidien*. Praticiens, c'est-à-dire ouvriers de la science, nous n'avons pas reculé devant l'humilité du titre, car elle seule permettait d'y inscrire l'égalité du droit à la protection, et le devoir pour chacun, de passer des lamentations stériles et isolées, à l'action collective efficace, générale et constante. A nos adversaires coalisés, nous opposons l'arme avec laquelle certains de nous ont fait tant de mal : le sou mis en commun, pour soutenir les luttes de tout genre, reconnues d'utilité commune.

Au premier coup de clairon donné à l'assemblée générale, l'assistance entière s'est rangée comme un seul homme sous le drapeau de la croisade, et les adhésions ne cessent d'arriver depuis.

« Tous ceux qui ont sympathisé avec Laporte, l'un des premiers inscrits à l'œuvre, tous ceux qui se passionnèrent pour le mouvement provoqué et entretenu par le Concours depuis bientôt vingt ans ; tous ceux qui ont pensé à leurs vieux jours, aux embarras de la maladie, au dénûment des veuves et des orphelins, et sont venus à nos institutions de prévoyance, vont s'enrôler des premiers, c'est évident, et organiser la propagande la plus active. Ils comprennent, du premier coup, l'importance des deux questions ainsi posées : « *Qui veut, moyennant un sou par jour, être protégé, dans toute la mesure possible, contre les mésaventures imprévues et imméritées auxquelles est exposée notre profession ?* »

« *Et qui désire en même temps profiter des services divers* « *que pourra rendre un fonds commun* « *représenté par des sommes sérieuses à dépenser* « *annuellement?* »

« Ce serait leur faire un reproche que de prévoir dans leurs rangs l'abstention ou la désertion, car ils sont des fanatiques de l'esprit de corps et en ont fourni des preuves de toute éloquence.

« A tous ceux-là, sans crainte de refus, nous donnons donc rendez-vous pour le 1er janvier, afin de partir en masse compacte. »

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale générale, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés. Deux volumes in-8° de 700 pages. Prix : 14 francs.

M. le Pr Gross (de Nancy) qui a présidé avec tant de succès le dernier Congrès français de chirurgie, vient de publier des *Eléments de pathologie chirurgicale générale* (deux volumes), qui étaient attendus avec impatience et viennent compléter les *Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales* (trois volumes), parus récemment et si favorablement accueillis par les étudiants et les praticiens.

Ce traité arrivé à son heure, après la période de transformation profonde par laquelle vient de passer la médecine. Les théories accréditées il y a quelques années encore, sur les maladies infectieuses et virulentes, ont été complètement modifiées.

Bien que les données de la pathologie générale commandent toujours la pathologie spéciale, celle-ci comprend, en chirurgie surtout, une partie immuable déterminée par la topographie des régions. Aussi, dans les questions de pathologie spéciale, les changements survenus dans nos connaissances en général, n'entraînent-ils pas des modifications aussi profondes qu'en pathologie générale.

L'ensemble des cinq volumes du Pr Gross résume donc admirablement bien l'état actuel de la chirurgie.

Entre le traité complet, comme celui des Prs Le Dentu et Delbet, nécessaire à tous ceux qui veulent *approfondir* une question, et les simples manuels, comme ceux de Lefert, si commodes pour *repasser* un examen, il y avait place pour un traité élémentaire, à l'usage de l'étudiant qui doit s'*initier* à l'étude des diverses branches de la médecine et du praticien qui désire jeter un coup d'œil rapide sur telle ou telle question de pathologie et de clinique chirurgicales.

Voici en quels termes un jeune chirurgien des hôpitaux, des plus autorisés, apprécie cet excellent ouvrage : « On trouve dans l'ouvrage de M. Gross tout ce que l'on doit savoir et retenir, et même davantage : les descriptions sont merveilleusement faites et présentent un ensemble classique qui en rendra beaucoup plus facile l'étude. Sans se laisser entraîner par le détail, sans se noyer dans la prolixité des descriptions en apparences magistrales, sachant cependant s'étendre sur les questions importantes, s'attachant surtout à l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale et aux opérations les plus récentes, M. Gross a trouvé le moyen de mettre beaucoup dans un cadre en apparence modeste. Ecrit avec infiniment de soin par des hommes dont le talent et le savoir ne sont plus à démontrer, ce traité a sa place marquée sur la table de tous les praticiens. »

Service chirurgical du Dr Gallet. Hôpital Saint-Jean de Bruxelles. Année 1896, Bruxelles, A. Manceaux, éditeur. — Ce recueil réunit une vingtaine de leçons cliniques faites par l'éminent professeur de clinique chirurgicale de Bruxelles, sur les sujets les plus variés : shock traumatique, pylorectomie, indications des résections costales, manuel opératoire de la néphropexie, urétérorrhaphie, grands traumatismes des membres, le cancer en Belgique, etc. Toutes ces leçons, d'une clarté d'exposition remarquable, accompagnées de nombreuses figures, toujours très claires, sont plus intéressantes les unes que les autres, et constituent les éléments d'un compendium de la pratique chirurgicale moderne, que grâce à son caractère essentiellement pratique, tous nos confrères pourront consulter avec fruit.

B. Blondel.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La tuberculose dans l'armée. — Dans sa séance du 8 avril dernier, le Conseil général de la Seine avait adopté une proposition dont voici la première partie :

« Le Conseil général, ému des ravages sans cesse grandissants que fait la tuberculose dans les rangs des jeunes soldats, émet l'avis :

« 1° Que les conseils de revision et les visites pour l'incorporation deviennent de plus en plus sévères et éliminent rigoureusement, après un examen scrupuleux, les hommes atteints ou menacés de phtisie, etc. »

M. Dubois a fait remarquer, à la séance de mercredi, que les médecins militaires les plus perspicaces ne pouvaient examiner et juger en quelques secondes, au conseil de revision, l'état de santé des jeunes gens qui se présentaient devant eux.

Il serait désirable qu'il soit tenu compte, à titre de renseignements, des certificats des médecins civils.

A la suite de cette communication, le conseil a émis à l'unanimité le vœu :

« Que l'autorité militaire tienne légitimement compte des constatations et des certificats des médecins civils intéressant les jeunes gens qui se présentent devant les conseils de revision ;

« Que tout jeune homme suspect de tuberculose soit soumis à une observation approfondie et qu'il ne soit envoyé au régiment que si l'examen bactériologique l'a reconnu indemne du bacille de Koch. »

Le service médical de nuit. — Par une circulaire récente, la Préfecture de police vient de donner aux agents chargés de la réquisition des médecins de nuit des instructions nouvelles.

Dorénavant, chaque fois qu'un médecin de nuit, appelé auprès d'un malade, soit pour un accouchement, soit dans tout autre cas, réclamera l'assistance d'un de ses confrères, il sera procédé d'urgence à une seconde réquisition.

Chacun des médecins touchera l'indemnité allouée par la Préfecture de police pour le service de nuit.

Cette décision a été prise à la suite d'un fait récemment signalé par M. le Dr Guyot-Dessaigne, chef de la clinique à la maternité de l'hôpital Beaujon.

Une sage-femme ayant requis un médecin de nuit, celui-ci, pour éviter les responsabilités, se refusa à tenter l'opération délicate susceptible de délivrer la patiente, qui fut transportée à Beaujon et mourut en arrivant, alors qu'une intervention rapide l'eût probablement sauvée.

Une secte antimédicale. — On est stupéfait du degré auquel la bêtise humaine peut atteindre encore à la fin du dix-neuvième siècle, quand on lit les débats étranges qui viennent de se dérouler devant les assises de Old Bailey.

Il existe en Angleterre une secte dont les adhérents s'engagent à n'appeler jamais de médecins, mais à laisser l'œuvre de Dieu s'accomplir dans les maladies humaines sans combattre le mal.

Thomas George Senior appartient à cette secte. Il était accusé d'avoir laissé mourir un de ses enfants sans avoir eu recours aux soins d'un médecin ; il s'était contenté d'appeler un *ancien* de la secte, qui, imposant ses mains sur la tête de l'enfant, avait prié pour lui. Les débats ont prouvé

cependant que Senior s'était montré, en toute occasion, un bon père pour ses enfants et qu'il les aimait tendrement, ce qui ne l'avait pas empêché d'en laisser mourir six sans aucuns soins médicaux.

L'accusé a présenté sa défense; il a déclaré que sa conscience ne lui reprochait rien, qu'il mettait toute sa confiance dans les préceptes de l'Ecriture sainte qu'on lui avait enseignés dans sa secte. Quand on était malade, il fallait appeler un ancien pour oindre d'huile le malade au nom du Seigneur, et le Seigneur opérait la guérison. Il avait été témoin de nombreuses guérisons ainsi obtenues. Et Senior répète des passages de l'Ecriture sainte.

Le juge lui demande s'il veut s'engager pour l'avenir à appeler un médecin en cas de maladie dans sa famille.

L'accusé répond qu'il ne saurait adopter une autre attitude.

Un second accusé, nommé Vince, appartenant à la même secte, passe ensuite en jugement, également accusé d'avoir laissé mourir un de ses enfants sans secours médicaux.

Vince parle dans le même sens et refuse de s'engager à appeler un médecin.

Le jury les a reconnus tous les deux coupables, mais le juge a réservé sa sentence jusqu'à demain.

Il y a là un fanatisme religieux d'autant plus terrible qu'il est plus calme et plus sincère; nous entendrons encore parler des pratiques de cette secte; mais la justice anglaise semble décidée à sévir énergiquement pour en arrêter les cruels résultats.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

CHIRURGIE DU POUMON

Par le Dr Doyen.

La chirurgie du poumon n'est plus une question nouvelle et il est aujourd'hui d'un médiocre intérêt de citer quelques observations isolées de kystes hydatiques du poumon ou de cavernes pulmonaires traités par la pneumotomie.

Le nombre des observations publiées, dont il est toutefois nécessaire de retrancher celles, assez nombreuses, où l'on a décoré du nom d'abcès pulmonaires de simples foyers de pleurésie purulente enkystée, prête en effet à des considérations générales.

Nous insisterons particulièrement sur le diagnostic et sur l'intervention opératoire.

1° **Diagnostic.** — Le siège des lésions pulmonaires est loin d'être aussi difficile à déterminer qu'on le croit en général. Et, pour ma part, avant la découverte des rayons X, qui rendent actuellement chez les sujets maigres des services inappréciables pour l'examen des viscères thoraciques, j'ai déterminé dans toutes mes opérations, par la percussion et l'auscultation, avec toute la précision désirable, le point exact où devait être pratiquée l'opération.

C'est ainsi que j'ai pu ouvrir largement une caverne tuberculeuse fétide gauche juxta-péricardique, un vaste foyer purulent à pneumocoques, enkysté entre les deux lobes inférieurs du poumon droit et presque sans rapport comme sans adhérences à la plèvre pariétale, enfin toute une série de dilatations bronchiques sacciformes, étendues de la base au sommet du poumon droit, qui aujourd'hui, après une triple intervention, se trouve presque réduit à néant.

J'ai diagnostiqué, avant la ponction, un kyste hydatique du poumon non ouvert dans les bronches, sur cette double indication que deux ans déjà auparavant des collègues avaient cru reconnaître une pleurésie et que la gêne respiratoire avait progressivement augmenté depuis ce temps sans poussée fébrile, et d'après l'examen local, la percussion et l'auscultation m'ayant nettement démontré la persistance, entre la poche et la paroi thoracique, au voisinage du diaphragme, d'une mince lame pulmonaire où l'on percevait nettement le murmure vésiculaire.

Dans un autre cas, où il m'a été nécessaire de pratiquer une large pneumotomie pour atteindre un abcès du foie survenu chez un sous-officier de l'armée coloniale, et ouvert dans les bronches, l'auscultation m'avait nettement renseigné sur le siège du foyer pulmonaire, qui se trouvait très profondément situé au voisinage du rachis.

L'auscultation m'a été également précieuse dans plusieurs cas d'opération transpleurale par décollement ou par incision du poumon adhérent au diaphragme, de kystes hydatiques ouverts dans les bronches, et m'a permis de déterminer exactement le siège de la cavité.

Nous conclurons de ces observations que le diagnostic du siège des lésions pulmonaires peut être actuellement précisé avec toute la rigueur exigible avant l'intervention, et nous ne saurions trop engager les chirurgiens qui ont quelque tendance à entreprendre les opérations sur le poumon, à déterminer eux-mêmes, dès que l'opération est décidée en principe, sans se laisser influencer par des avis souvent contradictoires, le siège de la lésion et le point où doit être pratiquée la résection costale.

Le succès de l'opération ne comporte en effet aucune hésitation et exige du chirurgien une décision ferme et inébranlable.

2° **Manuel opératoire.** — Beaucoup d'interventions sur le poumon sont dangereuses :

Le patient demeure souvent pendant un certain temps dans un état de mort apparente : la respiration s'arrête, la face devient violacée, la circulation se ralentit. La moindre hésitation peut être fatale.

Le danger immédiat est particulièrement grave quand la lésion, qui a souvent beaucoup diminué la capacité effective de l'arbre respiratoire, détermine à elle seule un certain degré de dyspnée que viennent aggraver la narcose, le décubitus latéral du patient et l'ouverture large de la cage thoracique. Les dangers de l'ouverture large de la plèvre existent au plus haut degré chez les enfants, dont les viscères thoraciques jouissent d'une extrême mobilité. Aussi la simple pénétration de l'air dans la cavité pleurale par un large orifice ou bien, s'il y a des adhérences pariétales, le déplacement en masse des viscères thoraciques vers la plèvre opposée, quand on a pratiqué une résection costale étendue (ablation de quatre ou cinq côtes sur une longueur de 8 à 10 centimètres et résection des espaces intercostaux correspondants), détermine-t-elle le plus souvent chez eux un état de suffocation qui peut aller durant toute l'opération jusqu'à la mort apparente.

La respiration persiste beaucoup mieux chez l'adulte où nous n'avons jamais vu, dans des cas même où il n'existait aucune trace d'adhérences externes, le poumon mis à nu se rétracter aussi complètement et le cœur se dévier aussi subitement vers le côté sain, dont la capacité respiratoire est ainsi chez l'enfant presque réduite à néant.

L'élasticité moindre du parenchyme pulmonaire de l'adulte, qui, surtout après plusieurs poussées inflammatoires, se rétracte modérément, et la fixité beaucoup plus grande du médiastin nous expliquent suffisamment la persistance, lorsqu'une plèvre est largement ouverte, d'une certaine amplitude respiratoire du côté opposé.

Mais l'état du patient comporte rarement la possibilité de manœuvres prolongées et l'ouverture de la plèvre n'est que le prélude indispensable de l'intervention proprement dite.

Le poumon mis à découvert, il faut reconnaître la lésion, et attaquer le viscère lui-même. C'est alors que peuvent se produire des accidents redoutables, notamment l'hémorragie et, lorsque l'arbre bronchique est largement ouvert, l'arrêt complet de l'héma-

tose, les mouvements inspiratoires ne déterminant plus qu'un mouvement de va-et-vient de l'air entre la trachée et l'orifice bronchique béant.

C'est par un examen attentif de toutes les causes d'insuccès et par la pratique successive de toute une série d'inventions des plus variées que nous sommes arrivés à déterminer le manuel opératoire suivant :

A. — Ouverture de la plèvre.

Une incision curviligne à convexité inférieure suffit le plus souvent. Les côtes mises à nu, sont isolées à leur partie moyenne à l'aide d'une rugine courbe et détachées en ce point de leur périoste ; chacune d'elles est alors libérée dans toute l'étendue de la plaie par l'action d'un décollateur costal d'un modèle nouveau, que j'ai fait construire par M. Collin (1), et qu'il suffit de pousser rapidement vers l'une puis vers l'autre extrémité du champ opératoire. Deux coups de cisailles à mors obliques (2), et la côte tombe.

Avec un peu d'habileté on enlève très bien trois ou quatre côtes sur une grande longueur, sans perforer la plèvre sous-jacente, dans les cas même où elle est saine.

Un sifflement indique-t-il l'aspiration de l'air dans la cavité pleurale, une compresse est appliquée par un aide sur l'orifice et la résection costale est terminée sans interruption.

Il faut à peine, l'incision de la plaie comprise, une minute par côte réséquée.

La plèvre est incisée. Ou bien il existe des adhérences étendues et l'abord du poumon est immédiat, ou bien, et cette particularité est plus fréquente qu'on ne la signale, la lésion pulmonaire n'a pas déterminé de pleurésie adhésive.

En ce cas, j'incise de haut en bas et de droite à gauche, de quelques coups de ciseaux, sans prendre garde aux artères intercostales, sur lesquelles, si elles donnent trop de sang, on applique deux ou trois pinces.

Les parties molles inter et sous-costales peuvent être entièrement réséquées.

Le poumon fait parfois hernie de lui-même à un effort de toux. Sinon on le saisit avec une pince à anneaux (3) et on l'attire dans la plaie. Chez l'adulte, la lésion, kyste hydatique, caverne bronchectasique, est le plus souvent de telle nature que le viscère ne se rétracte que peu ou point.

Le siège d'une caverne, si le poumon est adhérent, se reconnaît à une coloration spéciale de la surface mise à nu, souvent à un changement de consistance très appréciable au toucher.

Une ponction au bistouri complète le diagnostic. Immédiatement j'introduis de forts ciseaux mousses fermés pour les sortir ouverts, comme je le pratique pour élargir dans l'hystérectomie vaginale la boutonnière des culs-de-sac péritonéaux, et le doigt, explorant rapidement la lésion, agrandit par déchirure l'orifice de la caverne.

Le contenu est rapidement évacué avec des compresses stérilisées.

La cavité pleurale doit être protégée par d'autres compresses, comme le péritoine dans une laparotomie au moment de l'évacuation d'un kyste purulent. La toilette du champ opératoire est faite avec des compresses sèches, car la pénétration de la moindre quantité

(1) *Tech. chir.*, fig. 148.
(2) *Idem*, fig. 140.
(3) *Idem*, fig. 106.

de liquide irritant dans l'arbre bronchique provoque une toux violente et peut déterminer une broncho-pneumonie secondaire.

Rarement l'ouverture d'une caverne pulmonaire, dont la paroi externe est mince et sclérosée, donne une quantité de sang appréciable. La cavité est tamponnée rapidement avec des compresses stérilisées. La compresse la plus profonde doit obturer aussi complètement que possible les orifices bronchiques, souvent multiples, qui existent en un ou plusieurs points de la poche.

Dans un cas, nous avons fermé une de ces perforations par une solide ligature de soie, en passant tout autour, avec une forte aiguille courbe, un fil en cordon de bourse.

La résection de masses pulmonaires caséeuses, que nous avons pratiquée une fois avec succès, comme complément d'une opération d'abcès froid thoracique, chez un enfant, donne très peu de sang, mais ces cas sont exceptionnels et le point capital est le plus souvent de terminer vite. Une ouverture de caverne pulmonaire doit durer, résection costale et tamponnement compris, quelques minutes seulement — six à huit minutes, s'il ne survient pas de complications et s'il y a des adhérences pariétales externes.

Le rythme respiratoire ne se rétablit que dès que la poche est convenablement tamponnée.

S'il n'existe pas d'adhérences pleurales, la rétraction du poumon au moment de l'ouverture de la plèvre dépend de la nature de la lésion. Dans les cas de kyste hydatique du poumon non ouvert dans les bronches, elle est nulle, en raison de la tension souvent considérable de la poche, et dès l'incision de la lame pulmonaire sclérosée qui la recouvre, il est facile d'en maintenir les lèvres fixées avec quelques pinces à anneaux pour la suturer, après l'évacuation des hydatides, si le kyste est suppuré, à la plèvre pariétale.

Quand le kyste est intact et non suppuré, la plèvre demeure aseptique et la plaie peut être complètement refermée, sans drainage, comme une incision d'ovariotomie.

Les opérations vraiment graves et délicates sont celles où il est nécessaire de tailler profondément en plein tissu pulmonaire.

Cette particularité s'est présentée chez plusieurs de nos opérés, notamment chez un enfant atteint de dilatations bronchiques multiples du poumon droit, chez lequel cet organe a été incisé, en trois opérations successives, du lobe inférieur au supérieur, et chez un adulte atteint d'abcès juxta-vertébral du foie, ouvert dans les bronches, avec caverne pulmonaire secondaire.

Le poumon mis à nu et le lobe inférieur se trouvant libre d'adhérences diaphragmatiques au point où nous découvrons habituellement, par simple décollement d'une lame pulmonaire adhérente, ou bien par une incision faite en un point flasque du diaphragme, la perforation phrénique et le kyste hépatique, il était évident que le foyer se trouvait très difficilement accessible et que la perforation du diaphragme siégeait au voisinage de la veine cave inférieure.

Le lobe inférieur du poumon droit était violacé et adhérent au lobe moyen. Saisi à pleine main, il donnait la sensation d'une cavité caverneuse.

En huit ou dix coups de ciseaux, je fendis de bas en haut et de dehors en dedans la totalité de ce lobe, entamant quelque peu la partie adhérente du lobe moyen, et ce n'est qu'à une profondeur considérable que je pus atteindre le foyer septique.

Le patient était violacé, la plaie pulmonaire donnait beaucoup de sang, et la respira-

tion se trouvait entièrement abolie par suite du libre passage de l'air par les larges orifices bronchiques de la paroi interne et supérieure de la poche.

La toilette du champ opératoire fut exécutée en quelques instants et la plaie énergiquement tamponnée. Le patient est immédiatement placé sur le dos. L'opération avait duré huit minutes, y compris la résection costale, et ces huit minutes auraient paru des siècles aux confrères présents.

Je présente au Congrès les photographies de ces deux malades, faites pendant leur convalescence; on y juge de l'étendue du champ opératoire.

Chez l'enfant, le poumon droit, après les trois opérations qu'il a dû subir, est réduit presque à néant et le cœur bat à droite du sternum.

La cicatrisation se fait rapidement et sans fistule, quand les tissus profonds ont encore quelque mobilité. Ce résultat a été obtenu chez ces deux malades.

La pratique des opérations sur le poumon exige du chirurgien une adresse manuelle et une présence d'esprit au-dessus de toute épreuve. Il faut agir vite et sans perdre *un instant*. Le malade endormi et placé sur le côté sain a le plus souvent les bronches obstruées par l'écoulement fétide qui provient de la lésion.

L'oreille est appliquée une dernière fois, sur une compresse stérilisée, au point où l'on a reconnu le siège de la lésion.

Les parties molles sont incisées d'un seul coup sur une longueur suffisante et trois ou quatre côtes réséquées. Le poumon est abordé largement. Si la lésion est profonde, le lobe atteint, qui présente sans exception des signes extérieurs suffisants pour guider le chirurgien, est largement incisé à coups de ciseaux. Il ne faut pas laisser au sang le temps de s'écouler à flots.

La caverne atteinte et l'orifice agrandi par déchirure, la plaie est immédiatement tamponnée et le patient, placé sur le dos, est rappelé à la vie. Plus il apparaît du sang et plus la mort semble imminente, plus le chirurgien doit se hâter, certain que la respiration ne se rétablira qu'après le tamponnement de la plaie.

Il est exceptionnel qu'une ligature soit nécessaire. En ce cas, le point qui saigne est oblitéré avec le doigt, et l'on passe un fil dans les tissus voisins avec une forte aiguille courbe.

Aucun incident ne doit distraire l'opérateur du but à atteindre, le tamponnement définitif de la plaie. Il faut éviter avec soin, pendant les pansements, de laver le foyer tant qu'il existe une fistule bronchique; la moindre pénétration de liquide dans l'arbre respiratoire déterminerait de violents accès de suffocation et exposerait à l'évolution d'une broncho-pneumonie mortelle.

B. — Tubage du larynx; respiration artificielle; insufflation pulmonaire et aspiration des gaz contenus dans la plèvre.

Nous terminerons cette communication par l'exposé de quelques procédés destinés à entretenir ou à rétablir le rythme respiratoire au cours des opérations sur les voies aériennes et sur la cavité pleurale.

Ces artifices sont : 1° le tubage du larynx; 2° l'insufflation de l'arbre aérien; 3° l'aspira-

tion, après fermeture rapide de la plaie cutanée à l'aide de quelques longues pinces courbes ou d'une suture en surjet, de l'air contenu dans la plèvre; 4° la respiration artificielle.

Nous pratiquons communément le tubage du larynx dans un certain nombre d'opérations, notamment daus les opérations sur la langue, le palais, le pharynx, où il est d'un grand intérêt de pouvoir entretenir la narcose à distance, à l'aide d'un entonnoir recouvert d'une flanelle où l'on verse goutte à goutte le chloroforme.

Mais nos canules à tubage (1), qui, avec l'aide d'une pince courbe spéciale, se placent aisément chez l'adulte même pendant le sommeil chloroformique peuvent également servir à l'insufflation directe du poumon et à la respiration artificielle.

L'application de la canule laryngée, dès le début de l'opération, est donc une sécurité chez les enfants, notamment lorsque l'arbre respiratoire est sain et que l'on pratique, comme il nous est arrivé, sur les parois thoraciques, l'ablation d'une tumeur ayant envahi la plèvre.

Dès que cette dernière est ouverte, le petit patient tombe en syncope par suite de la chute de tout le médiastin, si souple et si mobile à cet âge, vers le côté opposé.

La respiration artificielle est immédiatement pratiquée, grâce au tubage préventif.

On peut la réaliser au besoin avec un soufflet ordinaire, en libérant après chaque insufflation l'extrémité du tube de caoutchouc qui aboutit à la canule laryngée et par lequel les poumons se vident par leur simple élasticité.

Mais bien plus avantageux est à cet effet l'emploi du nouveau soufflet que nous présentons au Congrès et dont nous allons démontrer le fonctionnement (2).

Ce soufflet, de construction récente, présente cette particularité qu'il peut servir facultativement à l'insufflation du poumon, à l'aspiration de l'air contenu dans la plèvre, ou bien à la respiration artificielle.

La description de cet appareil est faite dans ma technique chirurgicale, dont je viens de déposer un des premiers exemplaires sur le bureau de la section de chirurgie.

Je n'en veux démontrer ici que le fonctionnement :

Voici l'appareil, qui se manie comme un soufflet ordinaire d'appartement. A l'extrémité de ce tube se trouve un ballon de caoutchouc de 10 litres rempli d'oxygène, à l'extrémité du second un petit ballon sphérique d'un litre et demi de capacité, qui représente le poumon en rapport avec un tube laryngé. Enfin, à l'extrémité du troisième un ballon vide, de même capacité que le premier : faisons manœuvrer l'instrument. Grâce à un dispositif spécial et à une valve de mon invention, ce soufflet, qui fonctionne à deux corps séparés, aspire au moment où s'écartent les plateaux, dans un des corps l'oxygène du ballon qui se vide d'autant, et dans l'autre, tout l'air contenu dans le « poumon ». A l'extrémité de la course le distributeur change automatiquement de position et, à mesure que les plateaux se rapprochent, l'oxygène qui remplissait l'un des corps du soufflet est projeté dans le poumon et l'air vicié qui provient du poumon est rejeté à l'extérieur (ici dans le ballon vide). Faisons manœuvrer l'appareil jusqu'à ce que le ballon d'oxygène soit absolument vidé : on voit à chaque course du soufflet le « poumon » se vider et se remplir, tandis que l'oxygène, après avoir traversé le ballon qui représente le poumon, vient remplir le ballon vide de même capacité, qui n'est utile qu'à la démonstration de l'appareil, l'air

(1) *Tech. chir.*, fig. 43 et 45.
(2) *Idem*, fig. 46, 47, 48.

vicié du poumon étant, en pratique, librement déversé à l'extérieur. Ce ballon se trouve exactement rempli quand le réservoir d'oxygène est vide.

Cet appareil peut également servir soit à l'insufflation simple du poumon, soit à l'aspiration de l'air contenu dans la plèvre.

Il suffit à cet effet de relever la glissière qui commande le distributeur à cinq voies, et de placer, en le faisant tourner autour de son axe, le bouton qui commande la plaque métallique disposée sur la table supérieure du soufflet de manière à découvrir les deux orifices marqués I et A (insufflation et aspiration). Insérant en I un embout approprié, qui aboutit par un tube de caoutchouc à ce ballon vide, le soufflet agit comme insufflateur; plaçant l'embout en A, le soufflet aspire et le ballon se vide de nouveau.

Un dispositif intérieur fait communiquer ensemble, au moment où les orifices I et A se découvrent, les deux corps de soufflet jusqu'alors indépendants, de telle sorte que toute la capacité de l'instrument sert soit à l'insufflation, soit à l'aspiration.

Quant à cette dernière, elle remplace très avantageusement, dans le cas de syncope par pénétration brusque de l'air dans la plèvre, l'insufflation de l'arbre aérien, à laquelle il peut arriver qu'on ne soit pas préparé.

Nous avons imaginé cette méthode extemporanément dans un cas où une jeune malade, pendant l'ablation d'un sarcome costo-pleural, venait d'être frappée d'une syncope grave avec apnée complète (1).

Nous avions ménagé avec soin toute la peau nécessaire, pour refermer aisément la brèche thoracique. La respiration ne se rétablissant pas, malgré le tamponnement de l'orifice pleural, nous avons eu l'idée de fermer rapidement la plaie cutanée, d'abord provisoirement, en en accollant les lèvres entre les mors de deux longues pinces courbes, puis par un rapide surjet de soie.

Quelques mouvements d'extension des bras rétablirent le rythme respiratoire.

La cyanose persistait toutefois, le thorax se trouvant rempli d'air; l'idée me vint alors d'introduire entre deux points de suture un tube de verre conique et d'aspirer l'air contenu dans la plèvre. Immédiatement, l'hématose et l'état général redevinrent satisfaisants.

Ce soufflet est l'accessoire indispensable des caisses de secours aux noyés, aux asphyxiés. On peut en effet pratiquer avec son aide la respiration artificielle par une narine, en tenant fermés avec les doigts la bouche et l'autre narine.

On remarquera que nous avons permis l'emploi du même soufflet chez l'enfant, en additionnant la glissière qui commande le distributeur d'un dispositif pour réduire de moitié la course des plateaux et par conséquent le volume des gaz qui sont insufflés dans l'arbre aérien (2).

(1) Académie de médecine, 20 avril 1897.

(2) Communication au Congrès international de médecine de Moscou. (*Inédite.*)

DE LA SAIGNÉE RECTIFIÉE

(désintoxication du sang)

dans la thérapeutique générale des maladies infectieuses.

Par le Dr Henri Barré.

(*Suite et fin.*)

V

Qu'on veuille bien nous excuser si nous avons tant insisté sur ce point de physiologie pathologique; mais cela n'aura pas été une vaine discussion spéculative, si nous pouvons en retirer, comme corollaire, une indication nette pour la thérapeutique à instituer, lorsque la mort va menacer le malade, par suite de l'inefficacité des moyens de traitement auxquels nous venons de faire allusion tout à l'heure.

Cette recherche des indications ne doit-elle pas être, en effet, le but ultime de toutes nos études sur la pathogénie des affections? Car, a dit Bouchard, dans une de ses plus admirables leçons (1) : « L'avenir est à la thérapeutique *pathogénique;* c'est la seule qui est et peut être *curative*... Elle s'efforce de découvrir pourquoi et comment l'homme devient malade, par quel procédé la cause agit sur l'économie et par quel procédé l'économie réagit contre elle; elle tente de discerner l'enchaînement des actes morbides successifs et l'influence qu'ils exercent sur la cause première et sur cette série de causes secondes qui résultent des désordres et des lésions déjà réalisés; elle arrive à découvrir comment la maladie s'achève vers la mort ou comment elle procède vers la guérison... » Nous allons donc maintenant chercher à établir les conséquences thérapeutiques qui découlent des idées pathogéniques que nous venons de défendre.

Nous avons vu que dans les maladies infectieuses (comme d'ailleurs dans l'urémie, l'éclampsie, etc., où la cause primordiale semblant la même, les conséquences doivent être identiques) la cessation de la diurèse paraissait être moins le résultat d'un obstacle *mécanique* (les lésions anatomiques du rein) que d'un obstacle *physiologique*, qui serait une sorte de *spasme vasculaire* local, provoqué par l'*intolérance rénale* pour les produits par trop irritants que l'organisme cherche à éliminer par cette voie: si nous voulons faire cesser cette intolérance et provoquer par-là même le rétablissement de la diurèse, notre traitement devra donc tendre à rendre ces produits moins irritants et moins caustiques.

(1) Bouchard. *Les sources des indications thérapeutiques*, leçon professée à la Faculté. (*Semaine médicale*, 18 mars 1896.)

Comment y arriver? Il est évident que nous ne pouvons pas en changer la nature (1), mais ce que nous pouvons faire c'est d'en diminuer le degré, *le titre* de causticité, en les *diluant* dans le sang lui-même. Il en sera alors, pour revenir à notre comparaison de tout à l'heure, comme d'une potion trop amère que l'estomac ne pourrait supporter et qu'il rejetterait aussitôt ingurgitée: étendons-la d'une quantité suffisante d'eau et l'estomac, devenu tolérant, ne se révoltera plus, il la gardera et l'effet thérapeutique cherché pourra être obtenu.

Pour arriver à cette *dilution* des toxines du sang, trois méthodes ont été préconisées plus spécialement dans ces dernières années :

1° Le *lavage du sang*, c'est-à-dire l'injection abondante intra-veineuse ou sous-cutanée de sérum artificiel (eau salée à 8 pour 1000 en moyenne) (2) ;

2° La *saignée-transfusion*, qui n'est autre que le *lavage du sang*, mais précédé d'une *petite* saignée;

3° Enfin, plus récemment, la *saignée rectifiée*, que nous avons cru également pouvoir appeler la *désintoxication du sang* (3), c'est-à-dire la saignée *abondante* (générale ou locale) et *simultanément* une injection *égale* d'eau salée (soit intra-veineuse, soit sous-cutanée).

Je ne reviendrai pas sur la discussion détaillée des divers avantages que présente cette dernière méthode sur les deux premières. Je l'ai fait longuement dans un travail récent (4), avec nombreuses observations à l'appui ; je dirai seulement que, tandis que le *lavage du sang* (5) et la *saignée-transfusion* (6) sont toujours suivis (d'après leurs partisans eux-mêmes) d'une réaction intense, effrayante parfois, avec élévation considérable de la température, frisson violent, selles ou vomissements abondants et répétés, ces phénomènes ne se montrent jamais (7) à la suite de la *désintoxication du sang*. D'ailleurs, qu'on veuille bien y réfléchir, la dilution des toxines du sang n'a-t-elle pas plus de chances d'être obtenue, n'est-elle même pas forcément obtenue par cette dernière méthode ? Il est clair, en effet, que plus on aura retiré de sang vicié, plus celui qui restera sera dilué, l'opération une fois terminée, puisque une partie aura été remplacée au fur et à mesure par du sérum artificiel. Non seulement la *désintoxication du sang* permet d'obtenir une dilution plus parfaite du sang, mais elle le permet *sans danger*, comme l'a reconnu Hayem lui-même (8).

---

(1) On peut se demander toutefois, comme nous venons d'y faire allusion, si l'action bienfaisante des *sérums thérapeutiques* n'est pas en partie explicable par ce fait qu'ils neutraliseraient *physiologiquement*, pour ainsi dire, l'action irritante des toxines microbiennes, ce qui amènerait la cessation des phénomènes réactionnels de l'organisme (chute de la température, etc.) et le rétablissement de la diurèse. Quant à l'action, parfois si nette, de certains médicaments tels que, par exemple, l'éther à haute dose, dans l'urémie (suivant la méthode de Lemoine), le chloroforme dans l'éclampsie, etc., elle paraîtrait plutôt due à ce que *insensibilisant* plus ou moins le rein, elle tend ainsi à faire cesser le spasme vasculaire, en même temps qu'elle modère les manifestations nerveuses trop violentes.

(2) Charrin, avec raison, a recommandé de se défier de la confusion que peut provoquer le terme de *sérum artificiel;* c'est parfait entre médecins, mais, devant les malades, je crois qu'il vaudrait mieux s'en servir, car il agit davantage sur leur moral, tandis que l'idée de se faire injecter de l'eau salée leur inspire de la défiance, ce qui ne favorise pas l'effet thérapeutique.

(3) Henri Barré. *Soc. de thérapeutique*, 27 mai 1896. (*Rev. de thér.*, 1er juin 1896.)

(4) Henri Barré. *Indépendance médicale*, 2 et 9 juin 1897.

(5) Félix Lejars. *Le lavage du sang*, p. 32 et 39. Paris, 1897.

(6) Bosc. *Semaine médicale*, 27 septembre 1893.

(7) Tison. Communication au Congrès de Moscou, 1897.

(8) Hayem. Rapport à l'Académie de médecine, 2 février 1897.

En effet, grâce à cette contemporanéité et à cette égalité entre l'injection d'eau salée et l'émission sanguine, la masse de liquide sanguin contenue dans les vaisseaux ne varie pas, un seul instant, en quantité et par-là même aucun trouble circulatoire sérieux ne peut être provoqué. De nombreuses expériences faites sur les animaux n'ont-elles pas montré que les troubles observés dans le cours d'une saignée sont dus, non à la perte du sang lui-même, mais au vide relatif et au changement de pression produit dans le système cardio-vasculaire? Or, dans la *saignée-transfusion* cette modification de pression est encore plus accentuée puisqu'elle est faite en *sens inverse* à très peu d'instants d'intervalle; aussi ne faut-il pas s'étonner si parfois elle a amené des accidents graves, comme ceux qu'a signalés Dalché (1); aussi, d'instinct, ses partisans se contentent-ils d'une *petite* saignée, ce qui explique que les résultats obtenus, lorsqu'ils sont favorables, sont beaucoup moins complets et surtout moins durables qu'avec la *désintoxication du sang.*

S'il en est ainsi pour la *saignée-transfusion*, à plus forte raison le *lavage du sang* a-t-il moins de chances d'amener cette *dilution* des toxines du sang. Qu'il ait souvent donné de très beaux résultats, cela est évident; ils sont incontestables et tout le monde les a constatés; mais le mécanisme de son action est très probablement différent de celui que nous précisons. Par l'augmentation considérable de pression produite dans le système cardio-vasculaire, il semble, en effet, tendre à *forcer* les portes du rein, plutôt qu'à les *ouvrir;* mais, malgré cette augmentation de pression, le rein résiste souvent et au contraire *ferme* de plus en plus énergiquement le passage aux urines; alors l'organisme n'ayant pas d'autres voies, se débarrasse de l'excès d'eau salée injectée par les vomissements et la diarrhée; d'autres fois, le rein *s'entr'ouvre* bien quelques instants, mais il ne laisse passer que l'eau en excès, comme l'ont bien montré les expériences de Chassevant, avec la strychnine (2) laissant dans le sang les poisons organiques ou autres qui tendaient à être éliminés.

C'est là l'explication possible des insuccès fréquents obtenus dans l'emploi du *lavage du sang*, chez beaucoup de toxhémiques, et rien ne prouve mieux le peu de rareté de l'inefficacité de cette méthode que le conseil unanime des auteurs de n'y recourir que très prudemment lorsqu'il y a *altération rénale*, ce qui, il faut le reconnaître, est la règle chez les oliguriques (3).

S'il en est ainsi, il s'ensuivrait donc que dans les maladies infectieuses telles que celles auxquelles je fais spécialement allusion : la peste, la fièvre jaune, le typhus, etc., le *lavage du sang* ne serait pas indiqué, puisqu'il y a le plus souvent des lésions rénales évidentes, quoique légères. Et, de fait, il a été peu employé dans ces diverses infections.

---

(1) Dalché. *Soc. méd. des hôpitaux*, 8 janvier 1897.

(2) Chassevant. *Soc. de biol.*, juin 1897.

Lépine. *Semaine méd.*, p. 233, 1896, et Bernheim (d'après Huguenin, *Concours méd.*, octobre 1896) pensent de même.

(3) Qu'on nous permette de rappeler ici quelques citations :

« Les résultats du *lavage du sang* sont peu utiles ou plutôt nuisibles si les reins ne sont pas intacts. » (Turfier. *Soc. de biol.*, mai 1896.)

« Il est entendu qu'il est nécessaire que le rein soit intact afin que ce qui entre puisse sortir. » (Dastre. *Soc. de biol.*, mai 1896.)

« Cette condition dernière (non altération des reins) est capitale; la dégénérescence du rein antérieurement constatée (néphrite parenchymateuse, interstitielle, suppurée, altération amyloïde) ne laisse que peu de prise à l'action des injections de sérum artificiel. » (Pozzi. Rap. à l'Acad. de méd., 30 juin 1896.)

« Il y a également peu à compter sur lui en l'absence d'intégrité des reins, car comment le

Cependant, il ne faut pas aller trop loin, et précisément à cause des phénomènes réactionnels qui le suivent : agitation, élévation de température, etc., nous pensons qu'il serait indiqué, dans les cas où il y a adynamie plus ou moins profonde; mais on n'y aurait alors recours qu'à *petite dose*, afin de provoquer cette réaction, sans que celle-ci soit violente, et lorsque la terrain serait ainsi mieux préparé, l'état de prostration étant disparu, on pourrait, si besoin était, compléter l'amélioration par le rétablissement effectif et durable de la diurèse au moyen de la *désintoxication du sang* ou *saignée rectifiée*.

En effet, si nous en croyons l'expérience et les nombreuses observations de guérisons rapides et complètes obtenues par nous (1) et nos confrères (2) sur des malades atteints des toxhémies les plus diverses et dont les reins étaient certainement profondément altérés, cette méthode ne serait pas, à l'inverse des précédentes, contre-indiquée dans les cas de lésions rénales. C'est ainsi qu'au récent Congrès de Moscou, Carrieu (de Montpellier) a déclaré y avoir eu recours dans cinq cas d'urémie à forme hypertoxique, devant être rapidement mortelle, et avoir obtenu trois guérisons complètes, alors qu'aucun des autres malades analogues, auxquels elle n'a pas été appliquée, n'a pu être sauvé. Ces faits semblent bien prouver non seulement que la cause de l'arrêt des fonctions urinaires est plutôt d'ordre *physiologique* que *mécanique*, comme nous avons cherché à l'établir, mais aussi que notre méthode agit bien en faisant cesser l'*intolérance rénale*, grâce à la *dilution* des toxines du sang.

Mais, objecteront quelques médecins, en admettant que par les *désintoxications du sang* vous obteniez, en effet, une *dilution* plus complète des toxines du sang et que par-là même vous arriviez plus souvent à rétablir la diurèse, il n'en est pas moins vrai que, en retirant ainsi une *abondante* (3) quantité de sang vous anémiez vos malades. Je répondrai, comme je l'ai déjà fait, à cette objection que « puisque cette méthode n'est le plus souvent appliquée qu'à des malades en danger probable de mort, il vaut évidemment mieux pour eux être un peu anémiques pendant leur convalescence, que morts avec tous leurs globules au complet. De plus, il est permis de se demander si, à supposer que la vie se prolongerait encore quelque temps, les toxines qui s'accumuleraient de plus en plus dans leur sang, n'y détruiraient pas plus de globules que la saignée n'aurait pu en élimi-

---

lavage de l'organisme pourrait-il se réaliser si l'évacuation du toxique n'est pas aisée? » (Lépine. *Sem. méd.*, 10 juin 1896.)

« Il y aurait peut-être danger à injecter brusquement une grande quantité de liquide chez un sujet dont les reins, profondément altérés, ne pourraient éliminer l'excès d'eau introduite. » (Charrin et Claisse. *Rev. de chir.*, septembre 1896.)

« La perméabilité rénale étant une condition *nécessaire* de l'innocuité des grandes injections de sérum, etc. » (Lejars. *Lavage du sang*, Paris, 1897.)

(1) Une de nos observations les plus probantes a été publiée *in extenso* dans la *Revue de thérapeutique*, 1er mars 1897.

(2) Carrieu (de Montpellier). Compte rendu du Congrès de Moscou. (*Presse méd.*, 1897.)

Legendre l'indique également dans son rapport sur le traitement de l'urémie. (*Soc. de thérap.*, 9 juin 1897.)

Tison. Communication au Congrès de Moscou, 1897.

(3) Cette abondance n'est d'ailleurs que relative. Elle varie, suivant l'âge et la force des malades, de 500 grammes à 1 litre. Cela paraîtra beaucoup à quelques-uns, mais si on réfléchit que jamais, à ma connaissance, on n'a été obligé de renouveler l'application de la méthode, l'amélioration ayant été le plus souvent complète et définitive, il s'ensuit qu'en réalité, avec un résultat meilleur, on a extrait moins de sang, que si, comme le conseillent encore les auteurs dans l'urémie, l'éclampsie, etc., on avait deux ou trois fois, à douze heures d'intervalle, fait une saignée de 3 à 400 grammes. Il en est de même avec la *saignée-transfusion*, il faut le plus souvent renouveler l'application de la saignée. (Bosc.)

ner. Enfin ne sait on pas, grâce aux recherches de Hayem, qu'à la suite d'une saignée il y a, au contraire, reformation abondante des globules, sous l'influence d'une *crise hématoblastique*, et Morel ne nous a-t-il pas montré qu'il y a aussi une *crise leucocytique?*

« Donc l'*abondance* de la saignée ne peut pas avoir de sérieux inconvénients, toute proportion gardée bien entendu; en revanche, tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'elle peut avoir de grands avantages dont le principal est d'éliminer *ipso facto* une quantité considérable de toxines, puisque 3 ou 4 centimètres cubes de ce sang suffisent souvent pour tuer rapidement 1 kilogramme d'animal. C'est cette constatation de la toxicité énorme du sang chez tous ces malades qui permet d'expliquer l'amélioration immédiate que l'on observe si souvent à la suite de la saignée; d'où l'engouement que nos pères montraient pour celle-ci. Malheureusement les accidents réapparaissaient souvent à nouveau et une nouvelle saignée devenait nécessaire; d'où l'ancienne méthode des *saignées coup sur coup*. Voici comment on peut supposer que se passaient alors les choses dans l'intérieur de l'économie : La masse du sang venant d'être diminuée par la saignée, la pression vasculaire baissait par-là même, puisque le système circulatoire était moins rempli. Or on sait, grâce à Bouchard, que la masse de sang ne varie guère pour un individu donné. Elle va donc se reformer rapidement. A l'aide de quoi? Forcément à l'aide des liquides qui imbibent les tissus de l'économie. Mais ces liquides sont toxiques, comme les tissus eux-mêmes, plus encore peut-être que le sang. A la suite de la saignée, faite suivant le mode ordinaire, c'est-à-dire, non accompagnée d'injection de sérum artificiel, il se fait donc, plus ou moins rapidement, une *rentrée* de liquides toxiques, dont le mélange avec la masse sanguine ramène à nouveau les accidents que la saignée avait eu pour but de combattre. Ces accidents reparaissent d'autant plus vite que l'extraction du sang, loin de favoriser la diurèse, a plutôt tendance ordinairement à la diminuer, par suite de l'abaissement de la pression vasculaire. L'injection *simultanée* et *égale* de sérum artificiel, qui est l'une des caractéristiques de la *désintoxication du sang*, empêche de se produire ces deux inconvénients si nuisibles au rétablissement de la santé. » C'est à cette conservation de la pression et aussi à la dilution des toxines obtenue qu'il faut attribuer la rapidité des bons résultats et aussi leur maintien, constatés par Hayem dans son rapport sur cette méthode : « Ce qui me frappe le plus, dit-il en effet, dans les effets thérapeutiques de la saignée-transfusion (1), ce n'est pas la cessation rapide des accidents rapportés à la toxhémie, c'est la non reproduction de ces accidents. Les malades sont entrés rapidement et définitivement en convalescence. S'il y avait toxhémie il faut que celle-ci ait été atteinte non seulement dans son intensité, mais dans sa source. »

Nous prévoyons une seconde objection, consistant à dire qu'autrefois on a beaucoup usé, et même abusé, de la saignée et que depuis on l'a complètement abandonnée. Qu'on

(1) Hayem. Rapport à l'Académie de médecine sur *Quatre observations de désintoxication du sang*, 2 février 1897.

Comme on le voit, Hayem donne à notre méthode le nom de *saignée-transfusion* par suite d'une confusion assez commune parmi les auteurs. Résumons-en ici les différences essentielles.

Dans la *saignée-transfusion*, la saignée est *petite* et elle est faite *préalablement;* elle n'est pour ceux qui l'emploient qu'un accessoire, l'injection de sérum artificiel étant pour eux la base même du traitement; cela est si vrai que Bosc lui-même (un des pères de la méthode) a publié ses observations de saignée-transfusion, sous le titre d'*Injections de sérum*. (*Presse médicale*, 3 juin 1896.)

Dans la *saignée rectifiée* ou *désintoxication du sang*, au contraire, c'est la saignée qui est le point capital et la base même du traitement; aussi la fait-on *abondante;* l'injection d'eau salée n'est employée qu'à titre de *correctif* des inconvénients de l'émission sanguine; aussi la fait-on *simultanée* et *égale*. C'est la raison de cette dénomination de *saignée rectifiée* que nous proposons.

ait abusé de la saignée autrefois, c'est indiscutable ; mais l'abus d'une chose, s'il est nuisible, ne prouve pas que son usage modéré le soit également. Nos pères en médecine, il faut bien le croire, étaient tout aussi bons cliniciens, tout aussi bons observateurs que nous pouvons l'être aujourd'hui, et s'ils prescrivaient avec tant de persistance la saignée, il est probable qu'ils constataient souvent une amélioration à sa suite. Cette amélioration ne persistait pas toujours, je le veux bien, mais je viens de chercher à en faire voir la raison. Aussi cette objection n'a aucune valeur dans le cas actuel, puisque précisément la méthode en question a précisément pour but, par l'injection simultanée et égale de sérum artificiel, de rétablir plus sûrement et plus définitivement la diurèse, et de prolonger, parfois même de conserver l'amélioration obtenue par l'émission sanguine.

D'ailleurs si on a cessé pendant un certain temps de recourir à la saignée, il faut reconnaître qu'actuellement il y a une tendance manifeste à son retour. De tous côtés dans les cours, dans les cliniques (1), dans les publications, on voit préconiser à nouveau ce moyen thérapeutique dans des cas nombreux, qu'il serait trop long d'énumérer ici, et cette tendance n'existe pas seulement en France, mais aussi, à l'étranger, spécialement en Angleterre et aussi en Allemagne où Krönig, puis Albu l'ont conseillée dans plusieurs maladies.

Mais peut-être m'objectera-t-on encore la terminaison parfois funeste des malades atteints d'hémorragies intestinales profuses dans le cours de certaines fièvres infectieuses, par exemple, de la fièvre typhoïde. Je répondrai tout simplement que cela ne prouve pas plus contre la saignée (surtout rectifiée par l'injection simultanée et égale de sérum artificiel) que la diarrhée colliquative dans la dysenterie, dans le choléra, dans cette même fièvre typhoïde, ne prouve contre l'utilité des purgatifs en général. Dans ces cas-là, c'est l'excès qui est nuisible ; car, au contraire, elles ne sont pas rares les observations où une hémorragie spontanée modérée a amené rapidement une défervescence définitive. Peut-être même ne serait-il pas exagéré de dire que si chez ces personnes mortes d'hémorragies intestinales il avait été fait préventivement une saignée suffisante, cette complication funeste ne serait pas survenue.

On a dit encore que cette méthode était d'une application pratique peu facile (2). Cette objection se conçoit si on a recours à la *saignée aspiratrice* et à l'injection simultanée intra-veineuse, telle que je l'ai décrite d'abord (3), mais il n'en est plus de même de ce que j'ai appelé le *mode cutané* de la désintoxication du sang (4) ; car quoi de plus facile à appliquer que des sangsues, en nombre suffisant, aux cuisses, par exemple, et pendant cette saignée locale *abondante*, de faire, sous la peau du ventre, une injection approximativement égale d'eau salée. Les résultats sont peut-être un peu moins rapides, mais ils sont tout aussi complets et durables qu'avec le premier mode d'application de la méthode. Nous l'employons même de préférence actuellement.

(1) Ces jours derniers, le Pr Dieulafoy a beaucoup insisté sur son utilité dans l'œdème brigtique suraigu du poumon. (Clinique de l'Hôtel-Dieu.)

(2) Lejars. *Lavage du sang.* Paris, 1897.

(3) H. Barré. *Revue de thérapeutique*, 1er juin 1896.

(4) H. Barré. *Revue de thérapeutique*, 1er mars 1897.

VI

Maintenant que nous croyons avoir répondu aux principales objections qui peuvent être faites à la méthode que nous proposons, il nous reste à rechercher quel serait le moment le plus favorable à son application.

Dans la pratique thérapeutique, il est d'observation générale qu'une médication a d'autant plus de chances de succès, si toutefois elle est rationnelle, qu'elle est appliquée à une période de la maladie plus rapprochée du moment naturel de la *crise*, ou encore de cette sorte de *rémission* momentanée que présentent souvent les maladies infectieuses.

Ainsi, dans une pneumonie infectieuse, qui, supposons-le, tendrait à prendre une tournure inquiétante, ce serait vers le septième jour, parce qu'alors l'organisme fait précisément plus d'efforts vers la guérison; en éliminant, par la saignée, ou par des sangsues, ou de toute autre façon, une partie de la pneumococcine, et par l'injection simultanée de sérum artificiel, en forçant un peu le passage du filtre rénal, on aurait de grandes chances de faire apparaître des urines et de provoquer ainsi une *crise artificielle*, qui sans cela ne paraissait pas devoir se produire; nous avons ainsi plusieurs observations de pneumonies infectieuses.

BOSTON MEDICAL LIBRARY APR 13 1899

Cette époque varie suivant les maladies infectieuses : dans la *peste*, elle a lieu généralement vers le troisième ou le quatrième jour, au moment de l'apparition des bubons; dans la *fièvre jaune*, c'est également vers ce moment qu'apparaît cette rémission ordinaire, appelée dans le pays le *mieux de la mort*, parce qu'elle ne dure guère que vingt-quatre à trente-six heures, et est suivie rapidement de la reprise des accidents les plus graves, avec hémorragies par tous les orifices, entre autres par l'estomac (vomito negro) et que la mort ne tarde pas à venir terminer la scène. N'est-il pas permis de penser que si, au lieu de rester inactif, ou au lieu d'avoir recours à l'ancienne saignée, le médecin, par le moyen que nous indiquons, maintenait la diurèse, un moment réapparue, les accidents consécutifs, s'ils survenaient quand même, seraient moins violents et entraîneraient moins souvent un dénouement fatal?

Nous ne prolongerons pas cette énumération des diverses époques de rémission variables suivant les maladies infectieuses, ces trois exemples suffisent; d'ailleurs ce n'est pas seulement à ce moment qu'on pourrait recourir à la *saignée rectifiée*. Il est bien certain, en effet, que dès lors qu'un malade serait dans un état inquiétant et qui ne peut que s'aggraver, il ne faudrait pas nécessairement attendre l'époque naturelle de la *crise;* il serait indiqué au contraire d'employer la *saignée rectifiée* le plus tôt possible, afin de mettre l'organisme dans de moins mauvaises conditions, l'intervention ayant plus de chances de réussite si elle est plus précoce.

VII

Si nous voulons résumer ce travail, nous dirons à titre de conclusions :

1° En attendant que dans la peste, la fièvre jaune, le typhus, etc., les médecins puissent avoir à leur disposition des *sérums thérapeutiques*, non seulement efficaces, mais en quantité suffisante, il y a lieu de rechercher s'il ne serait pas possible, par quelque moyen, de diminuer la mortalité, si considérable, de ces diverses maladies.

2° Si, pour nous guider dans cette recherche, nous nous demandons quelle est la véritable cause de la mort dans ces affections, nous voyons que c'est d'abord l'intoxication excessive du sang; celle-ci étant, en grande partie, la conséquence de la diminution de la diurèse par laquelle devraient s'éliminer les toxines de l'économie, il en résulte que si l'intoxication est la cause *directe* de la mort, les troubles rénaux en sont la cause *indirecte* mais réelle.

3° Malheureusement, dans la pratique, aussi bien dans les maladies infectieuses que dans les toxhémies d'origine organique : urémie, éclampsie, etc., les médecins ne tiennent pas toujours assez compte de cette notion lorsque leurs malades se trouvent dans un état inquiétant déterminé précisément par ce défaut de la dépuration urinaire.

4° C'est une conséquence de l'idée que l'on se fait actuellement sur l'origine de cet arrêt de la diurèse; en effet, on l'attribue aux lésions rénales existantes et, comme naturellement on se sent désarmé contre ces lésions, on se croit également impuissant à rétablir les urines; cette théorie de l'*altération* rénale, qui aboutit ainsi à l'inaction thérapeutique, est cependant passible de nombreuses objections; au lieu d'attribuer l'arrêt de la diurèse à une cause *mécanique*, il semble possible de le rattacher plus souvent à une cause *physiologique*, qui serait l'*intolérance rénale*, c'est-à-dire une sorte d'*acte de défense* personnelle du rein contre les toxines trop irritantes contenues dans le sang, se manifestant par un *spasme vasculaire* local qui, en modérant ou supprimant presque l'arrivée du sang à filtrer, amènerait par-là même forcément la diminution ou la suppression des urines.

5° S'il en est ainsi, pour faire apparaître les urines, il n'y aurait donc qu'à faire cesser cette *intolérance rénale;* dans ce but, ne pouvant changer la nature des toxines du sang, on pourra les rendre cependant moins irritantes pour le parenchyme rénal en les *diluant* dans le sang lui-même et la diurèse reprendra d'elle-même le plus souvent, comme le montre la pratique. Pour obtenir cette dilution, sans danger aucun, on aura recours au procédé que j'ai appelé la *désintoxication du sang*, mais qu'on peut encore appeler la *saignée rectifiée*. Ce procédé consiste à faire une saignée *abondante*, générale ou locale et, comme *correctif* des inconvénients ordinaires aux émissions sanguines, une injection *simultanée* et *égale* d'eau salée, soit intra-veineuse, soit sous-cutanée. Non seulement par l'emploi de ce moyen on ne provoque jamais les phénomènes réactionnels intenses signalés par les auteurs à la suite du *lavage du sang* ou de la *saignée-transfusion* (ce qui prouve qu'il ne faut pas confondre ces méthodes), mais la réapparition rapide de la diurèse est beaucoup plus fréquente et surtout plus définitive.

6° Ce rétablissement de la diurèse étant le moyen nécessaire, non seulement de la disparition des accidents généraux mettant la vie en danger, mais aussi de leur non reproduction, et aucune méthode ne pouvant le procurer d'une façon aussi bénigne et aussi sûre que la *saignée rectifiée*, on pourra donc recourir à celle-ci lorsque l'état du malade paraîtra devoir s'aggraver, malgré l'emploi des moyens médicaux ordinaires. Lorsque le danger ne sera pas imminent, il sera souvent plus indiqué, dans ces maladies infectieuses, d'attendre l'époque présumée de la crise et de la défervescence normales afin de rendre celles-ci plus parfaites et plus définitives. La reprise des accidents graves sera ainsi beaucoup plus rare et, en tout cas, moins accentuée.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 janvier 1898.

Présidence de M. le Pr POUCHET

A l'occasion du procès-verbal, M. Courtade rappelle qu'il a, avant M. Smester, indiqué le procédé des grands lavages intra-nasaux pour le *traitement du coryza*. Il est plus important de diriger son attention sur la haute température du liquide à injecter, que sur sa composition. L'eau simple donne d'aussi bons résultats que les antiseptiques préconisés par M. Smester.

M. Du Castel présente un travail intitulé : *Doit-on aliter les malades atteints d'orchite blennorrhagique?* L'ancien traitement antiphlogistique de Broussais règne encore en maître dans cette maladie. Ce traitement est presque barbare; il a du reste été souvent combattu et remplacé par le port de *suspensoirs spéciaux* (Langlebert, par exemple). Mais on peut fort bien se passer d'un appareil de ce genre, qu'on ne peut toujours facilement se procurer, et prendre un suspensoir ordinaire dans lequel on met de l'ouate. Comme traitement, on s'adressera au *stypage au chlorure de méthyle*, au moyen de l'appareil de d'Arsonval. Comme le chlorure de méthyle est parfois difficile à trouver, en dehors des grands centres, on pourra obtenir une action réflexe déplétive suffisante avec le *chlorure d'éthyle*. Une seule séance par jour suffit, et les malades peuvent vaquer à leurs affaires ensuite, munis du suspensoir ouaté. Cette méthode raccourcit notablement le séjour à l'hôpital des malades.

M. Desnos a pu constater que dans la moitié des cas environ, ce traitement ne donne pas de résultats, surtout dans deux cas : 1° lorsqu'il existe une forte vaginalite, le stypage alors n'agit que pendant une dizaine de minutes; 2° quand il y a prostatite, complication fréquente de l'orchite. Dans ce cas, des sangsues appliquées *sur le périnée*, constitueront le traitement de choix.

M. Legendre prend la parole sur le *traitement de la scrofule*. Il s'attache à démontrer que le tempérament scrofuleux est bien une entité nette, que la question des végétations adénoïdes n'est qu'accessoire, puisque après leur ablation le tempérament persiste à se manifester. M. Gallois semble trop laisser croire qu'en enlevant les végétations on transformera le malade, alors que rien de pareil ne se produit. Bien plus, on peut fabriquer à volonté des scrofuleux, en privant des enfants non adénoïdiens d'air, de lumière, d'une alimentation tonique, etc.

M. Desnos présente une communication concernant *la médication générale dans la tuberculose génito-urinaire*.

La médication générale est la seule applicable dans l'immense majorité des cas, si les reins sont envahis par le bacille de Koch. Quand la vessie est atteinte, on constate souvent qu'une intervention locale aggrave les symptômes. Il existe de nombreux cas où le traitement par le séjour à la montagne, dans les pays chauds (Algérie), à la campagne, suffira pour permettre d'obtenir une guérison radicale de l'affection, sans autre médication. Les congestifs, les hématuriques ne devront pas être dirigés sur la montagne, ils se trouveront mieux d'un séjour à la campagne. Le bord de la mer, excellent quand il s'agit de tuberculose des organes *génitaux*, devient funeste quand la tuberculose atteint les organes *urinaires*. La Bourboule est la station qu'on choisira de préférence quand il y aura de l'excitation douloureuse. Evian et Contrexéville au contrire, en favorisant la miction, poussent à la congestion.

Si la tuberculose est *génitale*, l'alimentation sera tonique et reconstituante. Si elle est *urinaire*, il faudra agir avec plus de prudence. Le régime lacté absolu est plutôt nuisible, car il augmente le nombre des mictions.

Comme tonique, le quinquina est très indiqué. L'auteur n'a pas observé de grands effets de la kola, des glycérophosphates. La créosote à hautes doses (2 à 3 grammes par jour en lavements), constituera la médication la plus efficace.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intra-veineuses de sublimé. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, janvier 1898.) — SINGER ne croit pas pouvoir admettre que les préparations salicylées représentent un spécifique vrai du rhumatisme : si tel était leur rôle, elles combattraient les manifestations cardiaques avec autant de succès que les manifestations articulaires. L'action médicamenteuse s'exerce sans doute sur les éléments microbiens, aussi paraît-il indiqué de chercher à introduire directement l'antiseptique dans le courant sanguin, au lieu de prendre la voie détournée de l'absorption intestinale ou cutanée. Les salicylates ne se prêtent guère à l'utilisation de ce procédé thérapeutique, aussi Singer a-t-il préféré s'adresser à un antiseptique éprouvé et facilement injectable dans les veines : le sublimé.

Onze malades de la 3e section de l'Hôpital général de Vienne, atteints de rhumatisme articulaire aigu, ont été soumis au traitement hydrargyrique. L'auteur injecte dans les veines du pli du coude : la constriction du bras, destinée à provoquer le gonflement de ces veines, ne doit pas être trop énergique, pour éviter la diminution de l'apport de sang artériel. Après un savonnage et une désinfection complète, on injecte une seringue de Pravaz du liquide suivant :

Sublimé..... } Chlorure de sodium.. }	ââ 10 à 20 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

La direction de l'aiguille, dans la veine, sera centripète : aussitôt que l'aiguille est en bonne position, un aide détache le lien compresseur (compresse) du bras et l'opérateur injecte lentement le liquide. Pansement à la gaze iodoformée.

La difficulté principale consiste dans le fait de bien entrer dans la veine. L'injection intra-veineuse est toujours indolore, tandis que l'introduction d'une quantité même minime du liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané, provoque de vives douleurs. Une infiltration sanguine du tissu cellulaire, à la suite de l'extraction de l'aiguille, peut se présenter : cet accident est toujours de minime importance. L'auteur n'a jamais observé de thrombose dans la veine soumise à l'injection.

On pratique les injections alternativement aux deux bras : comme il est nécessaire, en général, de faire six à huit injections, on commencera par des veines situées à une certaine distance du pli du coude ; chaque injection sera faite plus près de la racine du membre que la précédente. Les injections à 1 0/0 sont pratiquées tous les jours, les injections à 2 0/0 tous les deux jours. Il va sans dire que les accidents d'hydrargyrisme, s'ils se présentent, doivent être surveillés attentivement et traités avec soin : la stomatite n'a du reste jamais été très marquée.

L'effet primordial des injections consiste dans une *diminution remarquable des douleurs arti-*

culaires : cet effet a été constant, rapide, et a facilité dans de grandes proportions l'application de la méthode. Il faut en général une demi-heure pour que l'effet se manifeste.

La *diminution des gonflements articulaires existants* s'observe de même, mais on ne parvient pas à empêcher l'apparition de gonflements ultérieurs dans des articulations indemnes au moment des premières injections.

Les *poussées fébriles successives* ont été toujours retardées et diminuées dans leur intensité.

Sur les onze cas traités, quatre présentaient des troubles cardiaques, reliquats d'attaques précédentes. Sur les sept cas restants, trois présentèrent des complications cardiaques en cours de traitement.

Les injections *parenchymateuses*, essayées dans quelques cas, n'ont pas donné les mêmes résultats que l'injection intra-veineuse.

En résumé, on recourra à cette méthode, de préférence à la médication salicylée, quand on est sûr que son application peut être effectuée avec toutes les précautions nécessaires ou quand le rhumatisme vient se greffer sur un état infectieux antérieur (érysipèle, affections puerpérales, etc.). L'indication est en outre formelle dans les cas où les préparations salicylées n'ont pas réussi, pour une cause quelconque, à modifier le processus morbide.

Les contre-indications sont : un état général mauvais, l'existence d'une affection rénale, l'idiosyncrasie. Les accidents légers d'hydrargyrisme n'exigent qu'une suspension momentanée du traitement.

E. Vogt.

De l'usage interne du salicylate de méthyle pur dans le rhumatisme, par Gilbert Lasserre. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 673, 23 novembre 1897). — Le Dr Lasserre a eu recours à la voie interne pour l'administration du salicylate de méthyle; déjà Dujardin-Beaumetz et Egasse, Nothnagel et Rossbach avaient recommandé l'usage à l'intérieur de l'essence de Wintergreen (qui n'est autre que le salicylate de méthyle impur).

Le Dr Lasserre emploie depuis deux ans le salicylate de méthyle, obtenu par synthèse, à la dose de 5 centimètres cubes, soit environ 50 centigrammes par vingt-quatre heures. Cette dose est répétée une seconde fois, et le plus souvent il est inutile d'y revenir :

Salicylate de méthyle chimiquement pur.....	10 cent. cubes.
Sirop de punch.....	100 grammes.
Eau distillée.....	

à prendre par cuillerées à soupe dans les quarante-huit heures.

G. Lyon.

Traitement rationnel des ganglions lymphatiques atteints de scrofule. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 52, 1897.)— Hammerschlag se déclare partisan des idées de Schüller qui cherche à créer dans les ganglions suppurés, des dépôts d'iodoforme, en injectant de la glycérine iodoformée à 5-10 0/0 : cette solution n'est résorbée que lentement. Hammerschlag rappelle que lorsqu'on traite un ganglion hypertrophié contenant un petit abcès par l'injection ci-dessus, on constate que la coque du ganglion encore solide s'atrophie peu à peu. Cette constatation lui a donné l'idée de recourir à la même médication pour la cure de ganglions atteints d'hyperplasie simple sans suppuration : il y a lieu, dans ces cas, de choisir le ganglion le plus gros pour les injections; on se servira de canules de gros calibre. On ne peut guère injecter dans un ganglion plus de 1 à 2 centimètres cubes : la réaction se manifeste sous forme de rougeur et de gonflement de la région injectée, avec phénomènes douloureux assez marqués qui durent une demi-heure environ. On fera une injection toutes les semaines ou tous les quinze jours.

L'auteur ne dispose jusqu'ici que d'un petit nombre de cas, mais comme toutes les interventions se sont terminées par l'atrophie des ganglions traités, il recommande tout spécialement sa méthode à l'attention des chirurgiens.

E. Vogt.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Méthode générale de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus, par Duplay et Cazin. (*Sem. médicale*, 1897, p. 465.) — Mentionnons un nouveau procédé mis en pratique par les auteurs précités à l'usage de ceux que le catgut ne satisfait pas entièrement dans la cure radicale des hernies, la soie pouvant être très tardivement l'occasion d'accidents infectieux fort inopportuns, sinon dangereux. Ces

substances sont remplacées totalement par des fils d'argent temporaires et toute la manœuvre se résume en deux lignes ou plans de suture disposés de la façon suivante : le sac étant excisé, s'il est trop mince, ou lié par nœuds successifs faits en partageant la séreuse en deux lanières depuis son extrémité, jusqu'à la graisse sous-péritonéale, on fait la manœuvre de Bassini, ou reconstitution de la paroi postérieure, en suturant le tendon conjoint (petit oblique et transverse) à l'arcade crurale, le cordon étant maintenu relevé en avant et en dedans par un crochet. Pour rendre ces fils amovibles, il faut qu'ils viennent ressortir à la peau. Pour cela, l'aiguille les entraîne de dehors en dedans, à travers la peau, l'arcade crurale, puis le tendon conjoint soulevé, et retraverse ces mêmes parties en sens inverse, en formant un U qui accolle assez largement les parties. Trois ou quatre anses suffisent. Les chefs de chaque fil sont noués extérieurement sur des tampons de gaze aseptique. On laisse alors le cordon reposer sur cette paroi postérieure et on suture en avant de lui, de bas en haut, les piliers et la paroi antérieure du canal inguinal (grand oblique) que l'on avait largement incisée et repérée, ainsi que cela se pratique dans presque tous les procédés. On noue au dehors ces fils superficiels, qui partent également de la peau et y aboutissent. De la sorte, tous les plans sont réunis par la torsion des fils d'argent. Au bout de sept ou huit jours, les fils superficiels sont enlevés; les fils profonds demeurent une quinzaine de jours, après quoi, ils sont retirés avec précaution. Les résultats éloignés de cette méthode, encore récente, ne sont pas connus; mais on peut juger *a priori* qu'ils ne seront pas inférieurs à ceux que l'on obtient avec les fils résorbables.

AUG. BENOIT.

Six cas d'herniotomie d'après Kocher. (*Wratsch*, n° 27, 1897.) — KRYLOFF, en se basant sur six cas où il a employé avec succès le procédé de Kocher, formule au sujet de ce procédé les conclusions suivantes :

1° Le procédé de Kocher a cet avantage sur celui de Bassini, qu'il permet de laisser intacte la paroi antérieure du canal inguinal : il en résulte que le procédé de Kocher doit donner moins de récidives et doit être moins dangereux que le procédé de Bassini.

2° La technique du procédé de Kocher est plus simple; il est particulièrement indiqué dans les hernies volumineuses.

B. TAPT.

Lymphangiome crural. (*Société de chirurgie*, 1er décembre 1897.) — M. SEGOND a eu l'occasion de voir une femme de 35 ans qui portait depuis dix ans une tumeur de la région crurale, disparaissant sous un repos prolongé. Il crut à un abcès froid et tomba sur une tumeur vasculaire. L'extirpation totale fut impossible, car elle se prolongeait dans l'interstice des muscles et dans la fosse iliaque. La malade n'en guérit pas moins et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lymphangiome.

AUG. BENOIT.

Cholédochotomie, par QUÉNU. (*Société de chirurgie*. 1er décembre 1897.) — Revenant sur la communication récente de M. Lejars, M. Quénu rapporte six cas dans lesquels il a exécuté la cholédochotomie, pour extraire de volumineux calculs. Chaque fois qu'il a essayé de faire la suture du canal cholédoque, des accidents, souvent mortels, de rétention biliaire sont survenus. Il a pu les conjurer parfois en enlevant rapidement les sutures et en drainant. Une fois, il lui fut possible d'amener le cholédoque à la paroi et de l'y fixer, faisant ainsi une *cholédochostomie*, laquelle aboutit à la guérison. Sa conclusion est qu'il faut renoncer à la suture du canal cholédoque, après la cholédochotomie.

AUG. BENOIT.

Suture tendineuse par anastomose, par DELAMARE. (*Société de chirurgie*, 29 décembre 1897.) — Observation intéressante présentée par M. Lejars, dans laquelle M. Delamare, médecin militaire, a eu l'idée de faire la *suture secondaire* des tendons extenseurs des trois derniers doigts de la main, séparés de leurs bouts centraux introuvables, aux tendons extenseurs de l'index. Excellent résultat fonctionnel.

AUG. BENOIT.

Anévrisme traumatique de la maxillaire interne traité par la ligature de la carotide primitive, par LANGLEY BROWNE. (*Brit. med. Journ.*, p. 955, 9 octobre 1897.) — Un homme de 32 ans, atteint d'une fracture compliquée du crâne et de la face suite de coups de pied de cheval, a présenté comme complication tardive un anévrisme de la maxillaire interne. Cet anévrisme défigurait le malade et mettait ses jours en danger. On avait déjà observé des hémorragies buccales répétées, lorsque l'auteur se décida à faire la ligature de la carotide primitive; le résultat a été excellent et le malade a

vu l'anévrisme disparaître. Deux photographies montrent le malade avant et après l'opération.

A. CHASSEVANT.

Du traitement des fractures par la mobilisation des fragments et le massage. (*Académie de médecine*, 28 décembre 1897.)— M. LABBÉ ne reconnaît l'utilité de mobiliser et masser les fractures que pour celles qui sont articulaires ou périarticulaires.

L'immobilisation des fragments lui paraît devoir être soigneusement conservée, surtout pour les fractures du tiers inférieur de la jambe, si l'on veut éviter la pseudarthrose. C'est à l'extension du traitement de M. Lucas-Championnière qu'il attribue l'augmentation constatée des pseudarthroses à la suite des fractures, dans ces dernières années.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE maintient son principe, toutes les fois qu'il n'y a pas « tendance à la déformation ». C'est dire qu'il accepte l'immobilisation après coaptation pour les fractures de jambe. Mais il ne peut accepter le reproche de produire des pseudarthroses, tout en offrant par la comparaison des statistiques de ces deux traitements différents, de prouver que c'est avec l'ancienne manière que cet accident est le plus fréquent. Mais cette statistique n'a pas été faite que nous sachions ; aussi cette affirmation n'a-t-elle pas d'autre valeur que celle d'une impression personnelle à son auteur.

AUG. BENOIT.

De la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. (*Société de chirurgie*, 22 et 29 décembre 1897.) — M. TUFFIER communique trois observations de gastro-entérostomies pour des ulcères qui occasionnaient des *hématémèses incoercibles*. Deux sur trois des opérés ont guéri, le troisième ayant succombé aux accidents de septicémie causés par un foyer gangréneux du foie adhérent à l'ulcère stomacal. L'absence de stagnation des aliments explique les bons résultats que donne immédiatement la gastro-entérostomie dans des cas semblables.

Le diagnostic entre l'ulcère et la simple érosion n'est pas possible cliniquement.

Pendant l'opération, on sent au doigt l'induration cicatricielle des ulcères. A l'encontre de M. Hartmann, qui a eu des décès de cause obscure pour des hématémèses graves, il pense qu'il faut cependant les opérer. Comme technique opératoire, il préfère la gastro-entérostomie postérieure et suture la brèche mésocolique par la suture. On évite ainsi l'étranglement ultérieur. M. HARTMANN trouve la gastro-entérostomie indiquée dans tous les cas de dyspepsie grave avec spasme pylorique, douleurs ou hématémèses graves, quelle que soit la cause du spasme, ulcère, hyperchlorhydrie ou même anachlorhydrie. M. Routier a obtenu une guérison complète dans une gastrite, qui avait fait songer longtemps à un cancer, sans qu'à l'opération on sentît ni cancer, ni ulcère; donc toute gastrite grave de cause obscure peut être guérie par la gastro-entérostomie. M. Hartmann opte pour la gastro-entérostomie antérieure précolique; en fixant l'intestin sur une grande étendue, obliquement de haut en bas et de gauche à droite, sans d'ailleurs tordre le jéjunum, on évite l'éperon. Il fait la double suture à la soie, en surjets. La première ligne de sutures prend toutes les tuniques de l'estomac et de l'intestin ; elle est hémostatique. La deuxième, celle qui entoure la précédente est séro-musculaire. Il y a unanimité presque absolue dans la préférence accordée par les chirurgiens à la suture sur le bouton de Murphy, du moins pour les opérations sur l'estomac, dont la paroi musculaire est souvent hypertrophiée.

AUG. BENOIT.

Traitement des plaies de l'estomac. (*Archives russes de chirurgie*, V, II.) — ROSTOVTZEFF a eu l'occasion d'observer un cas de plaie de l'estomac par arme à feu qui présentait deux particularités : d'abord, malgré une perforation double de l'estomac, on n'a constaté pendant la vie aucun symptôme ni du côté de la cavité abdominale, ni du côté de l'estomac (pas d'hématémèse); ensuite, bien que la balle eût traversé toute l'épaisseur de la portion inférieure du poumon gauche il n'y avait pas d'hémoptysies. La blessée finit par mourir au bout de sept jours. A propos de ce cas, Rostovtzeff étudie le traitement des plaies de l'estomac. Il faut, d'après lui, distinguer trois catégories. La première contient les plaies de l'estomac seul : c'est la catégorie la plus rare. Ici il faut pratiquer l'expectation. Le repos absolu dans ce cas ne doit pas consister uniquement dans le séjour au lit : il faut encore veiller à ce que l'organe blessé, lui aussi, soit au repos C'est dire que les narcotiques (injections sous-cutanées de morphine) à doses élevées et répétées sont tout indiqués. L'auteur croit qu'il vaut mieux éviter l'opium, car il est mal supporté par des malades de ce genre, en provoquant des nausées et même des vomissements.

Pendant les premiers jours qui suivent l'accident, l'abstinence absolue est indispensable; pour satisfaire à la soif qui est intense on peut permettre au blessé d'avaler de temps en temps — et le moins souvent possible — de petits morceaux de glace. On peut aussi la calmer en pratiquant

des injections rectales de solution physiologique en quantité modérée.

Ajoutons encore que l'expectation paraît d'autant plus indiquée que les chiffres respectifs des résultats obtenus soit par cette méthode de traitement, soit par une intervention chirurgicale, sont à peu près les mêmes. En effet, sur 35 cas où l'on avait pratiqué l'expectation, on a eu 27 guérisons, c'est-à-dire 77,1 0/0, tandis que sur 17 cas où l'on était intervenu chirurgicalement on a obtenu 13 guérisons, c'est-à-dire 76,5 0/0. On voit donc que le premier chiffre est même supérieur au deuxième.

La deuxième catégorie contient des cas des plaies de l'estomac compliquées soit de perforations intestinales, soit de lésions étendues des viscères abdominaux parenchymateux. Ici la plaie de l'estomac, au point de vue des indications à l'intervention chirurgicale, joue un rôle secondaire cédant le pas aux lésions intestinales ou viscérales.

Enfin, à la troisième catégorie, se rapportent les plaies de l'estomac compliquées de lésions de la cavité thoracique. Le nombre de ces cas n'étant pas encore suffisamment grand on ne peut pas formuler de conclusions définitives sur la méthode de traitement qui convient le mieux. Mais tout semble prouver que l'expectation très rigoureuse est encore la méthode qu'il faudra préférer. Quant à la laparotomie avec la recherche des plaies de l'estomac, elle ne peut être admise qu'à *titre d'exception*, que dans les cas où il survient des phénomènes menaçants d'hémorragie interne ou de péritonite.

B. Taft.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des complications des dyspepsies; des complications hépatiques, par Albert Robin. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 385, 18 novembre 1897.) — On peut, au cours des dyspepsies, constater trois ordres de manifestations hépatiques se succédant dans l'ordre suivant : hypertrophie fonctionnelle, congestion hépatique, cirrhose dyspeptique. M. Albert Robin fait jouer aux acides de fermentation un rôle important dans la production des lésions hépatiques, aussi sa thérapeutique est-elle dirigée en ce sens :

Pour saturer les acides, il faut, environ deux heures après le commencement de la digestion et sans attendre la douleur ou le pyrosis, administrer l'un des paquets suivants :

Magnésie hydratée.....	1 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth....	40 centigr.
Craie préparée.....	50 —
Bicarbonate de soude.....	1 gramme.

En un paquet, faire vingt paquets semblables. Prendre un paquet deux ou trois heures après le repas.

Au cas où des phénomènes douloureux se produiraient ordinairement, on pourra ajouter à ces paquets 1 milligramme de chlorhydrate de morphine ou 1 centigramme de poudre d'opium brut.

Il va sans dire que l'on instituera, dans toute sa rigueur, un régime alimentaire approprié.

Contre la fermentation acétique, il est important de supprimer d'une façon absolue toute boisson alcoolique. La fermentation lactique est la plus commune : elle est due surtout à l'ingestion des féculents et du pain en particulier, et peut être avantageusement améliorée par l'administration d'une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Fluorure d'ammonium...	1 gramme.
Eau distillée.....	300 —

La fermentation butyrique est plus rare; M. Albert Robin l'a souvent combattue par l'iodure double de bismuth et de cinchonidine, dénommé aussi érythrol :

Erythrol.....	1 à 5 centigr.
Magnésie hydratée...	10 à 20 —

En un cachet, à prendre à la fin du repas.

Les médicaments qui ralentissent les fonctions du foie sont l'arsenic et certaines eaux minérales.

L'arsenic pourra être donné à la dose de 1 à 4 milligrammes au plus par jour, soit un à quatre granules de Dioscoride, 1 à 4 milligrammes d'arséniate de soude ou 1 à 2 d'arsénite de potasse ou des doses correspondantes de liqueurs de Pearson ou de Fowler. Dans cette médication, il faudra surtout vérifier la tolérance, car certains malades supportent fort mal l'arsenic, en raison justement de la sensibilité de leur foie.

Mais dans les cas de congestion hépatique et surtout de cirrhose, c'est surtout la médication hydro-thermale qui rendra les plus grands services.

En France, ce sont les eaux de Vichy et de Brides qui sont les mieux indiquées; à l'étranger vient en première ligne Carlsbad, puis Hombourg. A Vichy, pendant les huit premiers

jours on prendra la source de l'Hôpital seule, matin et soir, puis huit jours d'Hôpital le matin et de Grande-Grille le soir ; enfin on terminera par une semaine de Grande-Grille employée seule.

A Carlsbad on prendra d'abord chaque jour deux verres de Schlossbrunnen, et au bout de quelques jours d'acclimatement on passera à Marktbrunnen et Mühlbrunnen. Sprüdel ne sera utilisé qu'en dernier lieu.

Les eaux de Hombourg sont bien supportées et conviennent surtout aux hépatiques dont le foie est douloureux.

G. LYON.

Des retentissements des dyspepsies; les retentissements cardiaques, par ALBERT ROBIN. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 448, 30 novembre 1897.) — *Régime spécial.* — La première indication est de supprimer impitoyablement le tabac aux fumeurs dyspeptiques atteints de troubles cardiaques. En même temps que le tabac, il faut défendre l'alcool, le vin pur, le thé, le café. Le repas du soir sera toujours très léger et uniquement végétal ; on en supprimera la viande et le poisson.

Le pain sera interdit au malade, ou tout au moins diminué dans une forte proportion, car il est la cause des fermentations vicieuses les plus fréquentes.

Médications. — La règle absolue est de ne jamais ordonner de digitale ou de médicaments car diaques aux malades qui présentent de la cardiopathie dyspeptique.

Au commencement de tout accès, on fera au malade une friction sur la région précordiale avec de la teinture éthérée de digitale. Celle-ci peut être avantageusement remplacée dans beaucoup de cas par la pommade de Botkine :

Vératrine.....	15 centigr.
Extrait thébaïque.....	75 —
Essence de térébenthine....	2 grammes.
Essence de menthe poivrée.	12 gouttes.
Axonge benzoïnée.....	30 grammes.

La région frictionnée sera recouverte d'une couche d'ouate.

A l'intérieur on fera prendre d'abord une perle d'éther qui agit non seulement comme calmant, mais encore en favorisant les éructations. (Les phénomènes de flatulence sont parmi les plus pénibles de ceux qui peuvent affliger un dyspeptique.)

Quand la dyspnée est très intense, on obtient de bons résultats avec les inhalations d'oxygène. On fait respirer lentement 5 à 10 litres successivement, puis on recommence au bout d'un certain temps si l'accès revient.

Les inhalations d'éther sulfurique, d'iodure d'éthyle donnent de bons résultats dans les accès dyspnéiques.

En cas de crises syncopales, on peut faire des inhalations de nitrite d'amyle pour attendre l'effet d'une potion à la caféine administrée en même temps.

Comme calmant, on peut donner le valérianate d'ammoniaque ou bien la potion suivante :

Bromure de potassium....	6 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	10 —
Sirop d'éther.....	30 —
Hydrolat de valériane....	110 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures jusqu'à disparition de la crise.

Quand les accidents tendent à la permanence, il faut conseiller au malade de suspendre toutes ses occupations et d'aller s'installer en plein air dans la campagne.

G. LYON.

Traitement de la diarrhée. (*Ejenedetl.*, n° 39, 1897.) — En se basant sur quatre cents observations personnelles ou recueillies dans la littérature médicale, KONARJEWSKY conseille de traiter les diarrhées cholériformes avec la mixture suivante :

Infusion simple d'opium..	35 grammes.
Ether sulfurique.....	15 —
Infusion de valérianate d'éther.....	45 —
Salol.....	5 —
Teinture de noix vomique.	3 gr. 50
Résorcine.....	4 grammes.
Eau d'amandes.....	10 —
Alcool éthylique.....	26 —
Acide chlorhydrique dilué.	5 —

On commence par administrer trente-cinq gouttes après une selle. Après la selle suivante on ne donne que trente gouttes et ainsi de suite en diminuant toujours de cinq gouttes. Après cinq ou six doses la diarrhée s'arrête ordinairement. Au cas contraire — très rare — on donne de nouveau trente gouttes avec diminution progressive de cinq gouttes chaque fois. Dans le cas de dysenterie on ajoutera encore deux lavements contenant chacun vingt gouttes. Chez les enfants on diminue la dose suivant l'âge.

B. TAFT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Le cœur gras et son traitement, par PLIQUE. (*Presse médicale*, n° 107, p. 386, 1897.) — Au point de vue spécial de la thérapeutique, la plus importante des variétés du cœur gras est celle qui s'observe journellement chez les obèses ou les goutteux. Les autres variétés peuvent être produites par des intoxications aiguës, le phosphore, par exemple, ou chroniques, l'arsenic, l'antimoine, l'éther. Elles peuvent s'observer à la suite des maladies infectieuses : la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale en particulier. Elles peuvent survenir à la suite des cachexies, chez les tuberculeux, les cancéreux, les enfants athreptiques. Elles peuvent résulter de causes locales et venir compliquer les diverses affections aiguës ou choniques, endocardites, péricardites, myocardites, qui frappent le cœur ; mais, dans le nombre de ces formes, l'infiltration graisseuse n'est qu'un élément accessoire au point de vue anatomique et surtout bien pauvre en indications thérapeutiques.

Chez les obèses les accidents cardiaques graves surviennent souvent à l'occasion de cures d'amaigrissement trop rapides et trop intensives.

L'usage des préparations de corps thyroïde doit, a ce point de vue spéeial, être surveillé avec beaucoup de prudence. Les exercices exagérés, qui accompagnent souvent les cures d'amaigrissement peuvent, eux aussi, devenir la source de troubles cardiaques ; la bicyclette, en particulier, est souvent mal tolérée. Outre les accidents aigus : mort subite, œdème aigu du poumon, on peut observer des accidents subaigus ou chroniques d'asystolie ; le cœur fléchit souvent à l'occasion d'un rhume, d'une bronchite.

Chez les obèses il importe de procéder à la cure d'amaigrissement avec prudence, pour ne pas déterminer d'accidents cardiaques graves.

Parmi les moyens de traitement, le régime : long intervalle entre les repas, réduction considérable des liquides, suppression des féculents, des aliments gras, des sucres, est en général sans inconvénients pour le malade ; toutefois il ne faut pas pousser la restriction des aliments jusqu'à produire une faiblesse trop accentuée.

Les boissons légèrement diurétiques : vin blanc coupé d'eaux alcalines, thé ou café non sucrés, de courtes périodes de régime lacté intégral, les laxatifs légers et surtout les eaux minérales laxatives sont plutôt utiles en cas de troubles cardiaques. La suppression absolue de l'alcool et des liqueurs, la suppression du tabac sont, elles aussi, doublement indiquées.

Un exercice régulier et modéré, nécessaire contre l'obésité, n'est pas nuisible pour le cœur. La réduction des heures de sommeil, la suppression de tout somme dans la journée, l'exercice passif produit par le massage, par certaines pratiques de gymnastique suédoise, permettront de réduire l'obésité sans trop surmener le cœur. La cure de terrain d'Œrtel, qui consiste à faire des ascensions graduées sur des terrains en pente, est, au contraire, loin d'être sans inconvénients.

Les bains très chauds, les bains d'étuves, les bains de vapeur, les bains froids, sont à rejeter chez les obèses cardiaques. Les bains tièdes et surtout les bains salés tièdes, peuvent jusqu'à un certain point les remplacer. Les douches doivent être appliquées avec beaucoup de ménagement.

Reste la question des préparations thyroïdiennes, dont l'efficacité contre l'obésité est incontestable, et dont l'action sur le cœur est souvent néfaste.

Quelle que soit la préparation de corps thyroïde adoptée, l'action des produits thyroïdiens doit être surveillée jour par jour.

Quand, chez un obèse, le cœur vient à fléchir soit spontanément, soit au cours d'une cure d'amaigrissement, le meilleur moyen pour obtenir un relèvement rapide consiste dans les injections de caféine et d'éther. La spartéine est aussi très utile en injections sous cutanées :

Eau distillée.....	50 grammes.
Sulfate de spartéine....	1 —

Une à deux seringues (2 à 4 centigrammes) dans les vingt-quatre heures.

La spartéine est particulièrement précieuse pour continuer longtemps à soutenir le cœur. On peut la donner d'une façon presque indéfinie, soit en solution, soit en pilules :

1° Eau ditillée.....	100 grammes.
Sulfate de spartéine ..,,	1 —
Trente à quarante gouttes, trois fois par jour.	
2° Sulfate de spartéin....	50 centigr.
Extrait de quinquina...	9 —

Diviser en vingt pilules, deux à quatre pilules par jour.

Les préparations de kola et coca pourront être également employées. Enfin les iodures alcalins sont indiqués contre les lésions artérielles souvent associées à la cardiopathie.

Le type de la dégénérescence aiguë du cœur

est celle qui s'observe dans l'intoxication aiguë par le phosphore.

Le traitement ne diffère pas du traitement du collapsus cardiaque en général : inhalations d'oxygène, injections d'éther, de caféine, d'huile camphrée.

Dans les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde en particulier, les malades doivent être surveillés attentivement, à l'époque de la convalescence, en raison des accidents cardiaques graves qui peuvent se produire à ce moment. Un mouvement trop brusque, le passage rapide de la position horizontale à la station debout peuvent provoquer des syncopes mortelles. En pareil cas, la traction de la langue, suivant le procédé de Laborde, constitue le meilleur traitement. L'alcool constitue un des moyens les plus utiles dans la faiblesse cardiaque qui accompagne souvent la convalescence de la fièvre typhoïde.

Chez les asthmatiques, les emphysémateux, il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir une contre-indication à l'emploi trop intense et trop prolongé de l'arsenic.

Chez les cardiaques comme chez les obèses l'administration du chloroforme doit être pratiquée avec la plus grande prudence. Il faut donner la préférence à la méthode de chloroformisation goutte à goutte.

G. Lyon.

Traitement des exsudats séreux de la plèvre par le salicylate de soude. (*Archives russes de pathologie*, vol. IV, 1897.) — Poliakoff insiste sur l'utilité du salicylate de soude dans les pleurites et met en garde les médecins contre l'engouement de nouveaux remèdes. Même dans les pleurésies suspectes et avec des lésions évidentes, le salicylate de soude exerce une action très favorable. On n'a pas, d'autre part, de raisons de craindre des accidents que pourraient provoquer le salicylate de soude. La meilleure manière de l'administrer c'est de le prescrire en cachet en recommandant au malade de prendre immédiatement après l'ingestion du cachet un peu d'eau alcalinisée. Si les fonctions cardiaques sont affaiblies il faut prescrire en même temps de la caféine. On fera bien de donner le salicylate de soude pendant trois à quatre jours de suite ; on le suspendra après pendant un ou deux jours et on l'administrera de nouveau après cet intervalle. Le salicylate de soude se montre utile dans les pleurésies chroniques apyrétiques. Quant à la thoracocenthèse on n'y recourra que lorsqu'on se trouvera en présence de symptômes fort graves menaçant la vie du malade.

Poliakoff cite six cas où l'on avait employé le salicylate de soude ; sur ces six cas, dans cinq le salicylate de soude a donné des résultats incontestablement satisfaisants.

B. Taft.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. Sémelaigne

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'apoplexie, par Grasset. (*Médecine moderne*, n° 1, p. 1, 1898.) — Dans l'apoplexie, il y a, d'une part, la lésion anatomique, qui est variable de nature, de siège, d'étendue, et, d'autre part, il y a l'état général du cerveau, qui fait l'ictus, qui est l'essence de l'apoplexie.

L'apoplexie est essentiellement caractérisée par un état congestif des parties supérieures du corps avec éréthisme circulatoire général plus ou moins considérable.

Cet état est variable, surtout au point de vue de l'intensité. Chez certains, il est relativement peu marqué ; chez d'autres, il est très intense.

Contre l'état congestif de la tête, il n'y a qu'une médication possible, la révulsion sous toutes ses formes. Contre l'état de la circulation générale, il y a toute la gamme des modificateurs de la tension.

La plupart des auteurs repoussent aujourd'hui les émissions sanguines, tant en honneur autrefois, parce qu'ils ne basent leurs indications que sur la lésion cérébrale localisée. Il est certain que l'hémorragie cérébrale en soi, le ramollissement cérébral par lui-même, n'indiquent nullement les émissions sanguines.

Exclusivement basée sur la considération de la lésion anatomique locale, l'indication de ces émissions sera évidemment réduite aux cas d'urémie et aux cas de congestion cérébrale initiale.

Mais, à côté de la lésion locale, il y a le cerveau tout entier, et c'est l'état de ce cerveau tout entier qui fait l'apoplexie. Or cet état, c'est un état de pléthore céphalique sanguine ou lymphatique. C'est un état qui par lui-même ne contre-indique pas les émissions sanguines, qui les indique même souvent.

En principe donc, l'apoplexie indique les émissions sanguines locales, révulsives : c'est-à-dire des applications de sangsues au fondement ou derrière les oreilles, suivant qu'on veut agir loin ou près de l'organe malade.

La saignée est subordonnée à une autre indi-

cation : l'état de la circulation générale. S'il y a éréthisme circulatoire, turgescence générale, pouls vibrant, la saignée est indiquée.

La révulsion doit encore être très utilement faite par les purgatifs. Ceux-ci empêchent l'encombrement gastro-intestinal si fâcheux pour l'apoplectique, et à son défaut, opèrent une véritable révulsion fluxionnaire sur la circulation encéphalique.

Si le malade peut avaler, on lui fera prendre du calomel : deux à quatre paquets de 25 centigrammes dans du lait.

Si l'on n'obtenait pas d'effet évacuant, on administrerait, par cuillerée, de quart d'heure en quart d'heure, la mixture suivante :

Huile de croton biglycérinée	1 goutte.
Huile de ricin, Huile d'amandes douces	ää 30 grammes.
Sirop de limon	60 —

Si le malade n'avale pas ou avale mal, ce qui est le cas le plus fréquent, on administrera des lavements avec de la glycérine, de l'huile, ou mieux 15 à 20 grammes de sulfate de soude dans une décoction de 10 grammes de follicules de séné.

Le troisième groupe de révulsifs à employer dans l'apoplexie est constitué par les révulsifs cutanés.

Tout d'abord, on promènera des sinapismes sur les quatre membres, spécialement sur les membres inférieurs.

Puis on enveloppera les jambes, du genou en bas, soit avec de la ouate saupoudrée de farine de moutarde et recouverte d'un taffetas ciré, soit avec de grands cataplasmes sinapisés.

On peut encore envelopper les jambes dans des bottes d'ouate aseptique trempée dans de l'eau boriquée chaude.

S'il n'existe pas d'albumine dans les urines, on peut appliquer des vésicatoires aux mollets ou aux cuisses.

La médication révulsive peut être complétée par des applications froides sur le front ou le sommet de la tête, soit avec des compresses trempées dans l'eau et renouvelées, soit avec la vessie contenant de la glace et bien suspendue.

A côté de cette médication révulsive, il y a souvent à remplir dans l'apoplexie des indications de relèvement et de stimulation.

Cette indication se complète souvent par un certain degré d'hypotension artérielle. La mauvaise répartition du sang et la congestion céphalique n'excluent en rien l'hypotension artérielle.

Si le malade peut boire, on lui fera donner par cuillerées la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque	5 grammes.
Teinture de cannelle	3 —
Sirop de fleurs d'oranger	30 —
Eau de tilleul	Q. s.

pour 120 centimètres cubes.

que l'on pourra alterner avec la suivante ;

Caféine, Benzoate de soude	ää 2 grammes.
Julep simple	120 cent. cub

Si le malade n'avale pas, ou si l'indication est plus urgente, on aura recours aux injections hypodermiques : 1 à 5 et 10 centimètres cubes d'éther par vingt-quatre heures, 2 à 4 et à 6 centimètres cubes par jour de :

Caféine, Benzoate de soude	ää 2 gr. 50
Eau bouillie	Q. s.

pour 10 centimètres cubes.

ou encore 2 à 5 centilitres cubes de :

Camphre	10 grammes.
Huile d'olives pure stérilisée	Q. s.

pour 10 centimètres cubes.

ou encore 2 à 5 centilitres cubes par jour de :

Spartéine	10 centigr.
Eau bouillie	10 grammes.

ou enfin des injections de sérum artificiel. M. Grasset conseille d'injecter, par 25 centimètres cubes chaque fois, un quart de litre par vingt-quatre heures :

Sulfate de soude	10 grammes.
Chlorure de sodium	5 —
Eau distillée bouillie	Q. s.

pour 1 litre.

Il faut tenir la main à ce que les précautions hygiéniques les plus rigoureuses soient observées : surveiller la vessie, la production d'escarres. Comme régime, lait et bouillon si le malade peut avaler. On peut y joindre un peu de décoction de quinquina, de kola granulée ou, dans certains cas, un peu d'alcool (4 à 60 grammes), de cognac, kirsch, rhum ou chartreuse.

G. Lyon.

Traitement de l'épilepsie. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, novembre 1897.) — Lœwenfeld n'est pas de l'avis de Féré qui considère que « le régime alimentaire n'offre aucune considération spéciale » : les accès sont dans une cer-

taine mesure sous la dépendance de troubles digestifs, et des expériences anglaises ont fait pencher la balance en faveur du régime végétarien. Ces recherches ont été toutefois instituées dans des asiles où prédominaient des malades venant de la campagne, habitués dès l'enfance à une alimentation où la viande ne joue pas le rôle prépondérant; elle risquerait de compromettre la nutrition de malades ayant dès l'enfance suivi un régime plus fortement azoté.

L'auteur est beaucoup plus intransigeant sous le rapport des boissons : les liquides alcooliques, même la bière légère, doivent être rigoureusement proscrits. L'alcool, en ralentissant les échanges intra-organiques, favorise l'accumulation de toxines, et par conséquent la production des accès. Le thé, le café, souvent défendus, ne paraissent pas jouer un rôle étiologique important dans cette affection, pas plus que le tabac.

La constipation doit être combattue avec persévérance, pour permettre une élimination active des toxines et éviter des accidents de bromisme : on s'adressera plutôt aux lavements et aux moyens physiques pour régulariser les selles, car l'emploi prolongé des purgatifs est fort nuisible à ces malades.

Les bromures restent (malheureusement, ajoute l'auteur) la base du traitement médicamenteux proprement dit : les cas réfractaires ne dépassent pas 10 0/0 du nombre total des cas. Il faut donc avant tout s'ingénier à atténuer les inconvénients si nombreux de cette médication.

L'auteur est partisan de l'emploi des trois bromures, mais ne croit pas pouvoir donner de règle fixe pour le dosage total ou la quantité proportionnelle de chaque sel, car l'effet médicamenteux varie à l'infini : chaque cas est à étudier à cet égard. L'anesthésie du pharynx que certains auteurs cherchent à obtenir, ne serait pas un critérium de l'efficacité de la médication.

Il n'est pas avantageux de vouloir provoquer une diminution rapide du nombre ou de l'intensité des accès : une amélioration graduelle donnera, en définitive, de meilleurs résultats. Les cas réfractaires à des doses de 10 grammes par jour peuvent être considérés comme non justiciables du traitement bromuré *seul*. La meilleure distribution du dosage consiste à donner une dose une heure après le premier déjeuner, et une seconde dose au moment du coucher, quel que soit le moment où se développent les accès.

La méthode de Flechsig, faisant alterner l'administration à doses croissantes d'extrait d'opium avec la médication bromurée, ne paraît pas à l'auteur constituer un progrès, pas plus que l'utilisation de combinaisons chimiques nouvelles proposées dans ces derniers temps (bromaline, bromhémoglobine, etc.).

L'électrothérapie, l'hydrothérapie peuvent rendre des services pour combattre les accidents accessoires dont souffre l'épileptique (céphalées, parésies, etc.).

Dans les cas d'aura, la méthode de Bravais (application d'un vésicatoire circulaire au-dessus du point de départ de l'aura) a donné à l'auteur des résultats appréciables, mais pas de guérison définitive.

La psychothérapie, l'hypnotisme, peuvent rendre des services dans quelques cas, mais il ne faudrait pas fonder sur ces méthodes de trop grandes espérances. L'auto-suggestion enfin joue le rôle principal dans la réussite de diverses pratiques thérapeutiques auxquelles certains malades s'adonnent.

E. Vogt.

Traitement de l'hémiplégie. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 1, 1898.) — Huchzermeyer propose quelques modifications au traitement classique de l'hémiplégie, quelle qu'en soit d'ailleurs l'étiologie. Il constate en premier lieu que l'amélioration se manifeste beaucoup plus rapidement à la suite d'une attaque, dans la musculature de la face et du pharynx que dans celle des extrémités : en outre, il remarque que les essais de mouvements passifs sont très douloureux. La cause de ces deux phénomènes doit être recherchée dans le fait que l'on attend en général beaucoup trop longtemps pour soumettre à un traitement méthodique, par des mouvements passifs et actifs combinés, les groupes musculaires atteints. La rapide amélioration de la musculature de la face et du pharynx tient à l'utilisation précoce, par le malade, des muscles de ces régions, car l'hémiplégique cherche à parler, s'efforce de manger, etc., mais n'essaie pas dans la même mesure de se servir de ses membres paralysés : ces derniers rappellent l'aspect des membres trop longtemps enfermés dans un appareil plâtré, par exemple. Aussi faut-il, dès que le malade est revenu à lui après l'attaque, commencer les mouvements passifs du côté malade, combinés à des mouvements actifs du côté sain, et donner des bains salins à 32°-34° centigrades. Les mouvements passifs devront surtout servir à lutter contre les positions vicieuses que prennent habituellement les membres paralysés (mouvements d'extension des phalanges, par exemple). On fera deux séances d'une demi-heure par jour.

L'auteur préfère ce traitement à l'électrothéra-

pie, qu'il n'a jamais vu donner de bons résultats dans les cas où l'hémiplégie est d'origine centrale, et au massage, qui a l'inconvénient d'irriter les filets nerveux. Les mouvements passifs favorisent la circulation dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et préviennent l'apparition de la contracture.

L'action des bains est indéniable : on constate souvent que les malades dans le bain retrouvent des mouvements actifs qu'ils ne peuvent exécuter à un autre moment; cela tient à la diminution du poids du membre plongé dans un liquide de densité élevée. Le malade qui remarque qu'il est capable, dans le bain, d'exécuter des mouvements actifs, quelque faibles qu'ils soient, reprendra courage et s'ingéniera, une fois replacé dans son lit, à refaire ces mêmes mouvements.

Il faut enfin, aussitôt que possible, faire quitter aux malades la position horizontale. L'hémiplégique assis, la jambe pendante, peut imprimer à cette jambe des mouvements actifs de pendule qui exigent un déploiement de forces minime : l'effet moral est considérable. On placera donc les malades debout, dans une sorte de cage de bois, munie de roulettes, facile à déplacer par l'impulsion donnée par les muscles sains. Les hémiplégiques retrouvent ainsi une certaine confiance, et demandent bientôt à essayer de déambuler en s'aidant de béquilles ou de cannes. L'hémiplégique étendu horizontalement dans son lit, se sent, au contraire, impuissant à soulever sa jambe paralysée, il se désespère et le temps nécessaire pour le remettre sur pied se trouve considérablement augmenté. L'auto-suggestion joue un rôle très grand chez l'hémiplégique, et le médecin qui saura utiliser cet état mental tout particulier obtiendra de rapides résultats thérapeutiques.

E. Vogt.

Traitement de la névralgie du trijumeau. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, janvier 1898.) — Hirschkron résume ainsi qu'il suit le résultat de son expérience en ce qui concerne le traitement de la névralgie du trijumeau. Il faut en premier lieu rechercher minutieusement la cause de la névralgie ; en thèse générale, on réussira, dans les cas récents, à calmer les douleurs avec n'importe quel traitement ; l'emploi du pinceau faradique donne cependant les meilleurs résultats. Malheureusement, les récidives sont fréquentes, elles résistent à la médication, aussi sera-t-il toujours prudent de prolonger à la première attaque l'intervention thérapeutique quelque temps après la disparition des symptômes névralgiques.

Pour la faradisation au pinceau, on se servira de l'appareil à chariot classique : l'électrode indifférente sera placée en un point quelconque de la surface cutanée. Le courant, d'abord faible, sera lentement augmenté, et le pinceau sera énergiquement appliqué sur le point douloureux, pour éviter la sensation de cuisson que provoque le pinceau trop légèrement appliqué. Durée de la séance, cinq minutes. Comme médicament interne, on se servira de préférence de la formule suivante :

Salicylate de soude.....
Bromure de sodium..... } ââ 1 gramme.

Pour une poudre : prendre deux à trois poudres semblables par jour.

Le bromidia (une à deux cuillerées à café), l'hydrate de chloral en cas d'insomnie, l'antifébrine à 25 centigrammes par dose, sont les seuls médicaments qui donnent quelques résultats en dehors des poudres ci-dessus.

Les cas de moyenne intensité, avec crises quotidiennes installées depuis quelque temps déjà, sont justiciables du pinceau faradique et du traitement par l'antifébrine. On peut aussi donner tous les jours un purgatif salin, ou le bromure aux doses de 4 grammes par jour.

Les cas très graves font l'impression de véritables crises épileptoïdes : la médication la plus efficace paraît à l'auteur l'hydrate de chloral (1 gr. 50), combiné à la morphine (2 centigrammes), à prendre en se couchant. Le sommeil ainsi obtenu est toujours suivi d'une journée plus calme. Pour varier la médication, on prescrira en outre :

Extrait de chanvre indien. 50 centigr.
Acide salicylique..... 5 grammes.

Mêlez et divisez en dix poudres : deux à trois poudres par jour.

On peut aussi instituer la médication bromurée, telle qu'elle est employée dans le traitement de l'épilepsie.

E. Vogt.

Traitement actif dans la paralysie générale des déments, par W.-N. Godding. (*British med. Journ.*, 13 novembre 1897, p. 1407.) — L'auteur a expérimenté à l'hôpital de Washington, la méthode des enveloppements froids humides comme traitement actif de la paralysie générale.

La durée de l'enveloppement était de une à trois heures ; on vérifiait avec le thermomètre s'il était nécessaire de refroidir ou de réchauffer.

L'enveloppement était suivi de massages et quelquefois d'une douche de courte durée.

Ce traitement n'empêche pas les autres médi-

cations; iodure, frictions mercurielles ou autres nécessitées par les cas individuels.

L'effet constant de cet enveloppement sur le tissu cérébral dans la paralysie générale, est de calmer l'excitation, de provoquer le sommeil, de faire disparaître immédiatement la démence présente et l'excitation d'origine vasculaire.

Par son action simultanée sur les millions de cellules qui constituent le réseau sensitif cutané, il vient par les voies non encore obstruées, détermine un shock ou une excitation des centres associés et les exciter à fonctionner normalement.

L'action du cœur est augmentée, les vaso-constrictions spasmodiques modifiées, et le tonus vasculaire régularisé.

La stimulation par le froid des nerfs vaso-dilatateurs diminue la résistance vasculaire et fait disparaître l'engorgement veineux, capillaire et lymphatique.

L'enveloppement froid agit sur les organes internes par les effets de dérivation vers la surface hyperhémiée ; il agit encore par déplétion vasculaire, et accélération de l'absorption causée par l'humidité.

Ces influences agissent toutes localement sur les tissus cérébraux d'une façon très importante en faisant disparaître l'engorgement périvasculaire des espaces lymphatiques et de leurs canaux connectifs intercellulaires. Ce sont les causes qui amènent le sommeil réparateur et le calme qu'on observe si fréquemment après l'enveloppement froid.

Le nombre des cas observés est peu nombreux ; mais l'auteur estime que cette méthode doit se généraliser et est convaincu qu'elle détermine une amélioration et retarde l'évolution de la maladie.

A. Chassevant.

Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit, par Paul Serieux. (*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 15 septembre 1897.) — Cette méthode, préconisée pour la première fois en 1852 par Guslain, aliéniste belge, a été appliquée surtout en Allemagne depuis une trentaine d'années. En France, à part quelques tentatives isolées (J.-P. Fabret, 1864; Belle et Lemoine, 1888), le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit est trop longtemps resté ignoré.

L'alitement est indiqué dans les psychoses aiguës, ou les épisodes aigus du cours des états chroniques, c'est-à-dire, dans les excès d'agitation maniaque, de mélancolie, de torpeur, les états de confusion, d'hallucination, de démences aiguës, les délires toxiques, épileptiques, les états d'excitation et de dépression de la paralysie générale, de l'athérome cérébral. « Le maniaque placé au lit continuera naturellement à s'agiter, à gesticuler, à parler, à crier, chanter... il se lèvera un très grand nombre de fois du lit, mais au bout de deux ou trois jours, tout en restant agité, il finit par ne plus quitter ce lit... Alité, le maniaque, dès qu'il s'endort, éprouve un vrai repos et ces moments de sommeil sont tout à fait réparateurs. Au réveil... le plus souvent il s'assoit dans son lit et, sans en descendre, il donne par le mouvement de ses bras, de sa tête et de son corps, satisfaction au besoin de mouvement qui le domine. »

Le malade doit être maintenu au lit sans l'emploi d'aucun moyen de contention. Dans certains cas, on emploie les hypnotiques surtout au début de l'accès.

L'alitement est formellement indiqué dans les états mélancoliques aigus avec leurs formes diverses (mélancolie simple, mélancolie anxieuse, stupeur). Au point de vue physique, le repos au lit réalise les conditions les plus favorables au relèvement de l'état général, à la lutte contre l'épuisement somatique, à la réparation des pertes subies par l'organisme sous l'influence de l'insomnie, du refus d'aliments, de l'anxiété. A ces modifications heureuses de la nutrition, vient s'ajouter l'action, non moins utile, du repos au lit sur les fonctions circulatoires : le cœur se contracte plus énergiquement, plus régulièrement : le pouls petit et fréquent s'améliore.

Les troubles vaso-moteurs sont amendés par la station couchée. De plus, la circulation cérébrale s'accomplit plus facilement grâce à la position horizontale. Les transitions brusques de température, les pertes de calorique sont aussi évitées. Enfin l'alitement favorise le sommeil.

L'action bienfaisante du repos au lit, au point de vue mental, n'est pas moins grande. Sentir, penser, vouloir, agir, tous les modes de l'activité cérébrale sont douloureux pour le mélancolique. Son cerveau doit donc, comme tout autre organe malade, être soumis au repos.

Le delirium tremens fébrile doit être traité par le séjour au lit, et même le délire alcoolique simple, sans fièvre.

Dans le traitement du morphinisme même indication de l'alitement. La chose est d'ailleurs facile à obtenir en raison de l'état d'épuisement des morphinomanes en état de besoin.

Le traitement par le lit est encore indiqué dans les états délirants épileptiques ; les malades qui en sont atteints, exigent une surveillance constante de jour et de nuit.

Au repos au lit seront souvent associées avec avantage diverses méthodes thérapeutiques.

Dans les états maniaques, on se trouvera bien de l'emploi des bains tièdes prolongés, du drap mouillé, de l'administration de bromure de potassium, du chloral.

Chez les alcooliques, on emploiera les diurétiques, les bains, les lotions fortes, les toniques, une alimentation abondante, l'isolement.

Dans les états mélancoliques, dans la confusion, hallucination, on associera au traitement par le lit la cure d'opium, l'isolement, le traitement moral, le massage, l'électricité, l'hydrothérapie.

G. Lyon.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Lithotritie chez un malade atteint de néoplasme infiltré de la vessie, par A. Gosset. (In *Ann. gén.-ur.*, 1897, p. 1322.) — C'est l'histoire d'un malade opéré quatre ans auparavant par Guyon pour tumeur de la vessie (néoplasme infiltré) et dont la taille hypogastrique suivie d'une suture totale primitive avait complètement guéri en vingt jours. En novembre 1897 le sujet rentra de nouveau à Necker pour des phénomènes nouveaux : calcul urique, senti à l'explorateur et vu à l'endoscope qui a montré la présence du néoplasme infiltré récidive. Le 20 novembre le Pr Guyon lui fit une lithotritie sans incident notable.

L'auteur donne ensuite quelques considérations sur la coexistence très rare (Guyon ne l'a vue que deux fois) d'un néoplasme et d'un calcul, et sur le fait que la lithotritie n'a pas provoqué d'hémorragie, car le néoplasme était infiltré et cette variété saigne peu. La lithotritie a été préférée à la taille, parce que celle-ci exposait à la propagation du néoplasme par la plaie, tandis que la lithotritie l'évitait.

E. Chevalier.

Résection partielle de la vessie pour ulcération causée par un Distoma hématobia, par Farquhar Curtis. (*Brit. med. Journ.*, p. 964, 9 octobre 1897.) — Un homme de 29 ans ayant servi au Caire présentait de l'hématurie continue. L'examen était difficile à cause de la quantité de sang contenu dans l'urine. La cystoscopie révéla la présence d'une tumeur située à l'orifice de l'uretère droit. L'auteur a fait une cystotomie sus-pubienne : la vessie fut ouverte par incision médiane.

La muqueuse était le siège d'une infiltration et contenait des nodules, ce qui en augmentait considérablement l'épaisseur. Les nodules avaient environ un quart de pouce de diamètre : ils étaient tantôt recouverts par un épithélium intact, tantôt comme ulcérés. Le sang sourdait des ulcérations. L'apparence du tissu malade avait tous les caractères macroscopiques du sarcome. On décida d'enlever la région atteinte ; on enleva la muqueuse et une partie de la tunique musculaire sous-jacente. Le malade guérit en trois semaines sans complications.

L'examen du tissu enlevé fait par le Dr Thacker a montré que les nodules étaient formés par l'inflammation de la muqueuse qui avait proliféré à l'endroit où les œufs du distome avaient été déposés.

La cause de l'affection avait été méconnue, car le parasite s'observe rarement dans nos contrées. Le dépôt parasitaire fait sur la muqueuse avait provoqué des hémorragies abondantes qui anémiaient le patient. L'excision de la muqueuse était le meilleur mode de traitement ; l'auteur considère qu'une simple cystotomie suivie de lavages n'aurait pu débarrasser le malade de ses parasites.

A. Chassevant.

Les rayons Rœntgen au point de vue spécial de la recherche des calculs. (*Club médical de Vienne*, 17 novembre 1897.) — Buxbaum (de Carlsbad) recommande, pour la recherche des calculs, de préférence à l'examen au moyen de l'écran, la photographie, les malades étant couchés sur la plaque, l'abdomen appliqué sur celle-ci. Dans 4 cas dont les photographies ont été présentées à la Société, on a pu reconnaître nettement l'existence de calculs biliaires intra-vésiculaires.

Il est certain que la possibilité de constatations de ce genre offre un grand intérêt au point de vue diagnostique, et par suite thérapeutique : c'est pourquoi nous avons tenu à signaler le fait.

E. Vogt.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique chronique par les instillations d'acide picrique par Rochon. (*Médecine moderne*, n° 1, p. 5, 1898.) — Si le pus ne contient pas de gonocoques et peu d'éléments figurés (leucocytes et cellules), le Dr Rochon pratique des instillations avec la

solution aqueuse saturée d'acide picrique (environ 1 pour 100).

Si, en l'absence de tout gonocoque, les éléments figurés sont nombreux, il a recours tout d'abord à la solution à 1 pour 200, pour arriver, à la deuxième ou troisième instillation, à la solution saturée.

Le microscope fait-il reconnaître la présence du gonocoque, il pratique alors tout d'abord une instillation de nitrate d'argent à 1 pour 50 ou 1 pour 30; le lendemain, il instille une solution d'acide picrique à 1 pour 200, et les jours suivants il passe à la solution saturée.

Il agit de même si le talon de la boule olivaire de l'instillateur ramène un pus mêlé de sang, indice fréquent de granulations, de même encore, si l'instillation ramène du pus après lavage de l'urètre, car ce pus peut venir, dans ce cas, des glandules qui se vident ainsi, grâce à la compression exercée par la sonde.

Les instillations d'acide picrique, même en solution à saturation, ont l'avantage d'être peu ou pas douleureuses, et de donner une réaction peu intense, souvent même presque nulle. Le Dr Rochon les pratique en général tous les deux jours.

Dans tous les cas où le gonocoque était absent (12 fois), il a toujours obtenu une guérison complète et rapide avec quatre à six instillations.

Si le pus contient le gonocoque, ou bien s'il existe des granulations ou des lésions glandulaires, le traitement est beaucoup plus long si l'on n'emploie que les instillations d'acide picrique ; mais en pratiquant au début une instillation au nitrate d'argent, ou même en en pratiquant deux ou trois, en les alternant avec d'autres à l'acide picrique, l'amélioration est plus rapide et la guérison peut être obtenue avec huit ou dix instillations (4 cas).

Dans deux cas de blennorrhagie aiguë, le Dr Rochon a obtenu la guérison en dix et douze jours, après trois injections par jour, de solution à 1 0/0 pendant les trois ou quatre premiers jours et de solution saturée pendant le reste du traitement. Ces blennorrhagies dataient de vingt-quatre et quarante-huit heures et par suite étaient vierges de toute médication.

G. Lyon.

Le protargol, antiblennorrhagique et antiseptique nouveau. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 2 décembre 1897.) — Eichengrun a donné ce nom à une combinaison argyrique d'une protéine : elle se présente sous l'aspect d'une poudre fine, jaune clair, contenant 8 0/0 d'argent et soluble dans 50 0/0 d'eau froide : les solutions sont limpides. Le côté chimique de la question est traité dans la *Pharm. Centralhalle*, n° 37, 1897; les expériences thérapeutiques sont dues à Benario. L'addition de chlorure de sodium ne provoque dans les solutions de protargol aucun précipité de chlorure d'argent : l'addition de substances albuminoïdes à ces dernières solutions favorise la solubilité du produit.

Le protargol en injections urétrales à 1,5 0/0 ne provoque qu'un léger sentiment de cuisson dans certains cas : son action serait remarquable dans la blennorrhagie aiguë, car il est arrivé plusieurs fois que les gonocoques avaient disparu au bout de quinze jours de traitement.

Ces résultats ont été confirmés par Neisser, qui considère le protargol comme le meilleur agent antigonorrhéique actuellement connu.

En gynécologie, on se servira, dans les affections blennorrhagiques du col et du vagin, de tampons imbibés de solutions glycérinées contenant 10 0/0 de protargol; on s'adressera, pour la cavité utérine, aux grands lavages avec des solutions aqueuses à 1 0/0.

E. Vogt.

Traitement de la dysurie. (*Therap. Monatshefte*, janvier 1898.) — Il est difficile de résumer en quelques lignes l'important travail de Mendelsohn : nous devons donc nous borner en en donner ici les lignes principales.

La dysurie comprend tous les troubles fonctionnels de l'émission urinaire, et peut se diviser en trois groupes : 1° troubles de l'émission 2° troubles affectant le besoin d'uriner ; 3° phénomènes douloureux accompagnant l'émission. Il va sans dire que dans la pratique, ces trois sortes d'accidents sont combinés dans la plupart des cas.

Dans le premier groupe peuvent se ranger les cas de dysurie d'origine vésicale (hypertrophie de la prostate) ou urétrale (rétrécissements) : le traitement devra s'adresser à la cause ; à ce propos, Mendelshon fait ressortir que la prostatectomie ne fera pas disparaître la dysurie, car nous ne possédons pas de procédé thérapeutique capable de rendre à la vessie sa contractilité normale.

Dans le second groupe, on trouve à considérer surtout les cas où la fréquence des besoins d'uriner est augmentée (pollakiurie). Dans les cas de ce genre, la régularisation du régime et du genre de vie, l'hydrothérapie sagement appliquée, la bicyclette, qui pour l'auteur exerce une influence très marquée sur la pollakiurie en général, la suggestion dans certains cas, constitueront les méthodes thérapeutiques efficaces. Il faut en tout cas s'abstenir de tout traitement local énergique, mais on pourra essayer de

dilater peu à peu la vessie par l'introduction de quantités progressivement augmentées d'eau stérilisée, en priant le malade de conserver aussi longtemps que possible le liquide injecté. On commencera par 100 centimètres cubes pour aller jusqu'à 800 centimètres cubes environ.

Dans le troisième groupe on trouve la névrose essentielle, forme très rare, l'hyperesthésie, symptôme très fréquent, la présence de corps étrangers, l'existence d'une affection médullaire, le spasme musculaire, etc. Le traitement varie avec la cause; en tout cas, le repos au lit, à l'abri du froid, les cataplasmes, la chaleur humide, les irritations rectales chaudes, les bains de siège, les bains généraux formeront la base du traitement. La régularisation des selles ne sera obtenue qu'au moyen d'huile de ricin ou de lavements: les autres évacuants sont nuisibles. Comme boissons, on ne permettra que des liquides mucilagineux, l'orgeat, le lait chaud.

Quand on est forcé de recourir aux narcotiques, on s'adressera de suite aux suppositoires morphinés avec ou sans addition de belladone. L'administration interne simultanée de chloral donnera d'excellents résultats dans beaucoup de cas.

Ici encore, le traitement local du symptôme n'est guère à recommander, en dehors de l'emploi, dans quelques cas, de bougies cocaïnées; l'électrothérapie n'est pas indiquée. Dans les cas rebelles, la cystotomie s'imposera.

E. Vogt.

Méthode électrolytique dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. (*Archives d'électricité médicale*, 15 nov. 1897.) — Debedat rappelle que les deux procédés d'électrolyse les plus usités pour la cure du rétrécissement sont dus à Butler et à Newman: cette dernière méthode ne s'adresse pas à l'incision, elle est basée sur l'emploi d'olives métalliques graduées, n'agissant que sur le point rétréci et provoquant des actions électrolytiques marquées.

Le procédé de Newman consiste à utiliser des intensités très faibles dans des temps très courts: les manipulations devront être répétées souvent et exécutées avec patience et délicatesse, aussi ne donnent-elles des résultats appréciables qu'entre des mains expérimentées. L'olive de Newman est entièrement métallique: Debedat lui préfère une olive dont la grosse extrémité seule est métallique, et la moitié effilée en ivoire : grâce à cette disposition, la surface du métal en contact avec les tissus est diminuée; on ne touchera que la cicatrice en électrolysant au retour seulement, après avoir franchi d'abord, sans courant, et à frottement un peu dur, le rétrécissement.

Grâce à cette modification du procédé de Newman, l'auteur a pu guérir difinitivement, sans accidents fébriles, sans récidive et sans avoir recours à la dilatation, de nombreux cas de stricture.

E. Vogt.

Traitement de l'hydrocèle simple. (*Société de chirurgie*, 29 décembre 1897.) — M. Etienne (de Toulouse) vient de faire connaître, d'après 27 observations avec guérison, l'efficacité du traitement suivant, dans l'hydrocèle simple : ponction, pour évacuer le liquide, puis, à deux reprises, injections de sublimé à 1/1000, ne contenant pas d'alcool. On termine par une injection boriquée. Tout ce borne à quelques douleurs dans les cuisses ; au bout d'une quinzaine, le liquide disparaît.

Aug. Benoit.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Emploi de la coronilline au lit du malade. (*Therap. Monatshefte*, janvier 1898.) — Guth a étudié le glucocide extrait par Reib et Schlagdenhauffen en 1888, de plusieurs espèces de coronilles, et connue sous le nom de coronilline. Neuf malades atteints d'affections cardiaques ou hépatiques ont reçu des doses de coronilline allant de 10 à 50 centigrammes par jour. Le médicament provoqua parfois des diarrhées profuses, mais avec conservation d'un bon état général. Dans 6 cas, la diurèse a été manifestement augmentée, les œdèmes ont diminué momentanément dans de fortes proportions ; la fréquence des pouls n'a pas été modifiée en général. Dans un cas, il n'y eut pas de diurèse augmentée, mais des diarrhées profuses qui firent entièrement disparaître les œdèmes.

En résumé, on n'observa pas de phénomènes d'accumulation médicamenteuse, mais une augmentation passagère de la diurèse, et des cas assez nombreux d'idiosyncrasie (vomissements, par exemple). La coronilline ne paraît pas être appelée à remplacer la digitale dans ses nombreuses indications. E. Vogt.

De la durée du séjour prolongé de l'arsenic dans l'économie (*Congrès de Moscou*, 1897.) — Après avoir donné l'historique de la question concernant la durée du séjour de l'arsenic dans l'économie après l'administration thérapeutique, après avoir indiqué les divergences des auteurs

à ce sujet, Tscherbutscheff a communiqué les résultats de quinze expériences qu'il avait pratiquées sur des chiens.

Ces expériences montrent que le chiffre de dix jours admis jusqu'aujourd'hui pour l'élimination complète de l'arsenic de l'économie doit être considérablement augmenté. Ce chiffre varie avec la durée du traitement arsenical et aussi avec la quantité de médicament ingérée.

Tscherbutscheff a pu constater la présence d'arsenic dans le cerveau et les os de chiens cinq mois après cessation complète de l'administration d'arsenic. C'est à l'imperfection des procédés qui permettent de découvrir l'arsenic dans les organes que l'auteur attribue le chiffre si au dessous de la vérité qu'on donnait jusqu'à présent.

B. Taft.

Emploi thérapeutique de l'ichtyol. (*Therap. Wochenschrift*, n° 51, 1897.) — Naegeli recommande, dans la blennorrhagie, l'emploi, dès l'apparition des premiers symptômes de l'affection, d'une solution à 0,5 — 1 0/0 en injections.

Dans les maladies où un badigeonnage à l'ichtyol est indiqué (érysipèle, mastite, etc.), on s'adressera de préférence à un mélange d'ichtyol et de mucilage de gomme arabique ; on peut incorporer jusqu'à 50 0/0 d'ichtyol dans le mucilage. Le vernis ainsi obtenu sèche très rapidement, est peu collant et peut être facilement enlevé par un lavage à l'eau tiède. Dans l'érysipèle, c'est le vernis à 30 0/0 qui donne les meilleurs résultats.

E. Vogt.

Le chelidonium majus dans le traitement du cancer laryngé. (*Medic. Obos.*, n° 11, 1897.) — Après avoir décrit deux cas de cancer laryngé où il avait recouru au chelidonium majus (à l'intérieur à la dose quetidienne de 75 centigrammes à 1 gramme par jour, et à l'extérieur sous forme de badigeonnages avec un mélange à parties égales d'extrait de chelidonium majus et de glycérine), Bogdanoff-Berezovy formule les conclusions suivantes :

1° Si l'on ne peut pas considérer le chelidonium majus comme un spécifique dans le cancer laryngé, il faut reconnaître qu'il constitue tout au moins un bon moyen symptomatique;

2° Les douleurs et la dyspnée disparaissent et les malades peuvent avaler sans difficulté les aliments;

3° La néoformation laryngée est détruite ; il se forme un ulcère profond qui plus tard se cicatrise. L'obstacle mécanique disparaît ainsi.

L'auteur recommande donc l'emploi du chelidonium majus à titre de paliatif dans des cas graves, désespérés où l'opération est impossible. Il est, dit-il, en tout cas désirable qu'on n'oublie pas cette substance, qu'on y pense dans tous les cas où elle pourrait rendre des services.

B. Taft.

Valeur de la limonothérapie dans les affections de l'enfance. (*Médecine infantile russe*, n° 3, 1897.) — Les limons ou les boues médicamenteuses d'Odessa semblent exercer une action bienfaisante dans un grand nombre de maladies. Et cependant non seulement chez nous, mais même en Russie, il existe jusqu'à présent peu de travaux à ce sujet. Il nous a donc paru très intéressant de signaler à nos lecteurs les données statistiques obtenues à la station thermale d'Odessa pendant la saison de 1896 et publiées par Guerschenson.

Les cas, ainsi que les résultats obtenus, se partagent de la façon suivante :

Anémie : 3; 3 guérisons.

Rhumatisme déformant : 3; 1 amélioration. — Arthro-méningite tuberculeuse : 16; 2 guérisons et 6 améliorations. — Carie : 8; 1 guérison, 6 améliorations. — Coxalgie : 23; 14 guérisons, 2 aggravations. — Fistule post-opératoire : 1 cas; amélioration. — Syphilis héréditaire : 2 cas; 1 amélioration. — Lymphadénite ulcéreuse : 6 cas; 3 guérisons. — Ostéomyélite : 3 cas; 3 améliorations. — Paralysie post-diphtérique : 5 cas; pas d'amélioration. — Rhumatisme chronique : 14 cas; 13 améliorations. — Scrofule : 86 cas; 1 guérison et 85 améliorations. — Spondylite : 18 cas; 1 guérison et 14 améliorations. — Tuberculose cutanée : 1 cas; amélioration.

De sorte que, en résumé, sur 196 cas il y a eu 11 guérisons complètes (6 0/0) et 149 améliorations (60 0/0). Quant aux autres cas, on n'a obtenu aucune amélioration dans 34 cas (17 0/0) et des aggravations dans 2 cas (environ 1 0/0).

Ajoutons encore que le poids a augmenté chez 166 enfants (85 0/0), diminué chez 4 (2 0/0) et n'a subi aucune modification chez 26 (13 0/0). Il faut cependant faire remarquer que ce n'est pas dans tous les cas que l'amélioration du processus local se produisait en même temps que l'amélioration de la nutrition générale; dans un certain nombre de cas, le processus local s'améliorait, tandis que le poids du corps tombait. Ce dernier fait, ainsi que cet autre que chez quelques malades aisés qui avaient vécu avant dans des conditions hygiéniques excellentes, l'amélioration du processus local n'a commencé à se manifester qu'après quelques bains de boue, ces deux faits parlent incontestablement en faveur de l'action *spécifique* de la limonothérapie dans certaines affections, particulièrement dans quelques formes de tuberculose locale chez les enfants.

B. Taft.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Grippe.

Pas de traitement systématique, mais un traitement essentiellement *opportuniste*.

Cependant quelques indications générales applicables à tous les cas :

1° Repos absolu et *prolongé* au lit, jusqu'à disparition non seulement de la fièvre, mais encore des principaux symptômes, notamment des manifestations pulmonaires.

2° Alimentation exclusivement *liquide* : lait, bouillon, potages, café, eau rougie, grogs; boissons chaudes, surtout au début (thé, infusions de violettes, de fleurs pectorales, de bourrache, etc.). Insister sur le café, excellent diurétique et antagoniste de la dépression nerveuse. Ne pas perdre de vue la nécessité de provoquer la diurèse.

3° Antisepsie des premières voies respiratoires :

a) De la bouche et du pharynx par un gargarisme antiseptique :

Alcool de menthe.....	250	grammes.
Phénosalyl.....	5	—
Essence de rue.....	1	goutte.
Teinture de benjoin.....	30	—

Une petite quantité dans un verre d'eau; répéter ce gargarisme plusieurs fois par jour.

b) Du nez, par la pommade suivante dont on introduira, trois fois par jour, gros comme un pois, à l'entrée de chaque narine ;

Vaseline.....	30	grammes,
Résorcine.....	30	centigr.
Menthol.....	20	—
Acide borique.....	3	grammes.

4° *Antisepsie des voies digestives.*

a) Par les lavages de l'intestin faits à l'acide du « Bock » d'Esmarch (un lavage quotidien).

b) Par le calomel :

Calomel.....	30	centigr.
Sucre de lait.....	1	gramme.

Pour un paquet; à répéter tous les trois jours.

Traitement de la forme classique de la grippe : Fièvre; courbature; dépression nerveuse; enchifrènement; angine; laryngo-trachéite avec toux quinteuse et sèche.

1° Contre l'infection prescrire la *quinine*, médicament presque spécifique. Employer de préférence le chlorhydrate de quinine.

Dose ; (60 centigrammes à 1 gramme).

En trois fois dans les vingt-quatre heures,

Mode d'administration : Par la bouche, en paquets ou cachets.

En cas d'intolérance stomacale employer les lavements :

Chlorhydrate neutre de quinine.. Q. s.

A faire dissoudre dans la quantité d'eau tiede nécessaire pour remplir la poire ou la seringue en verre,

(Lavement évacuateur auparavant, si cela est nécessaire.)

Ou les suppositoires,

Chlorhydrate neutre de quinine.....	30	centigr.
Beurre de cacao.....	3	grammes.

pour un suppositoire.

Nota. — Ne jamais employer l'antipyrine seule et à doses élevées, pour combattre la fièvre; elle abaisse la température, mais en provoquant des sueurs profuses, en augmentant l'asthénie; danger de l'antipyrine chez les malades âgés, chez ceux dont le cœur, dont les reins sont altérés.

Si la température est très élevée (40° et plus) et se maintient à ce niveau, donner deux ou trois *bains tièdes* (à 32°) de quinze minutes de durée, en l'espace de vingt-quatre heures.

2° Contre les phénomènes douloureux, la courbature, la céphalée, etc., prescrire la *phénacétine* ou l'*antipyrine*, *à petites doses* et toujours associées à la quinine :

Chlorhydrate de quinine...	30	centigr.
Antipyrine.....	70	—

ou

Phénacétine.....	40	—

Pour un cachet, trois ou quatre par jour. Après chaque cachet avaler quelques gorgées de grog.

3° Combattre les phénomènes congestifs du côté des muqueuses au moyen du *chlorhydrate d'ammoniaque* (2 à 3 grammes) et de la *poudre de Dower* (30 à 60 centigrammes) :

Julep gommeux.....	80	grammes.
Sirop d'éther.....		
Alcoolat de mélisse...	aà 20	—
Teinture de jusquiame.	4	—
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	2	—

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Chlorhydrate de quinine...	40	centigr.
Poudre de Dower.....	30	—

Pour un cachet. Deux par jour.

4° Combattre la toux et l'insomnie par l'*opium* sous forme de pilules d'extrait thébaïque (25 milligrammes) ou de cynoglosse :

Masse de cynoglosse.....	20	centigr.

Pour une pilule. A prendre le soir.

G. Lyon.

PETITE CHRONIQUE

M. Brouardel a donné une preuve de plus de son sentiment très vif de... l'opportunité, en publiant ces jours-ci son livre si intéressant sur la *Responsabilité médicale* (1). L'heure est plus que jamais à cette grave question, qui touche à presque toutes celles qui intéressent notre profession, puisqu'elle aboutit à mettre en cause le problème toujours pendant de la création d'un Ordre des médecins.

Il est hors de doute que des temps nouveaux sont venus pour nous et que les tribunaux envisagent d'une façon tout autre que jadis la responsabilité du médecin dans les circonstances les plus diverses de sa vie professionnelles. L'affaire Laporte est toute fraîche, et va d'ailleurs renaître à bref délai en appel. L'affaire Boisleux fut bien plus, je l'ai dit, un procès de responsabilité chirurgicale qu'un procès d'avortement, et il est inutile de chercher à nier sa connexité avec l'affaire Laporte, puisque toutes les rigueurs du juge d'instruction n'ont eu d'autre motif que la conviction, au début, de tenir un « second Boisleux », c'est-à-dire un nouveau gâcheur d'existences humaines.

Tous ces exemples donnés par le Parquet de la Seine ont porté leurs fruits. La *Revue* a rapporté ici le cas de cet honorable négociant de la Sarthe réclamant 10,000 francs à son médecin parce que sa femme était morte à la suite d'une craniotomie *six mois auparavant*. Il faudrait être aveugle pour nier que c'est le dénoument de l'affaire Laporte qui lui a inspiré cette belle résolution. Malheureusement pour lui il s'y prit mal, donna à sa réclamation la forme du chantage et perdit. Mieux guidé par un bon avoué, il eût peut-être eu gain de cause. Il y a deux mois, un ouvrier tombe dans un malaxeur de féculeries d'où on le sort à moitié broyé, porteur de fractures multiples, entre autres une fracture du col du fémur que le médecin de l'endroit diagnostique et réduit de son mieux. Le malade guérit au bout de deux mois, avec un raccourcissement du membre. La Compagnie d'assurances chargée de payer l'indemnité envoya son médecin examiner le sujet : ce médecin conclut à une luxation de la hanche non réduite. La Société intente aussitôt au premier médecin une action en 80,000 francs de dommages-intérêts, et le blessé, mis en appétit par cette belle prétention, en demande 10,000 pour son compte personnel : il ne manque plus que le directeur de l'usine s'y joigne pour cause de privation des services d'un excellent ouvrier!

Dans tous les coins de la France, des aventures de ce genre vont se produire et il y a intérêt à fixer sur ce point les positions à prendre, l'état actuel n'étant, de l'aveu de M. Brouardel, que l'expression des fantaisies locales des divers tribunaux appelés à trancher la question.

Aujourd'hui, aucune loi, aucun règlement ne définit la responsabilité du médecin, et rien n'est plus confus et plus contradictoire que la jurisprudence à cet endroit. Nous vivons sous le régime de l'article 1382 du Code civil : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence et son imprudence. »

L'interprétation de cette petite phrase est à peu près aussi élastique que celle des oracles de la sybille. Si on la prenait toujours à la lettre, ce serait effroyable, et nous n'aurions plus qu'à émigrer sous des cieux plus cléments.

Quiconque glisse sur une pelure d'orange, pourrait réclamer 100,000 francs au propriétaire qui n'a pas fait balayer son trottoir à cet endroit. Il y a heureusement des accommodements avec la justice, puisque les juges d'instruction qui laissent six mois en prison des innocents et ne les relâchent que ruinés et déshonorés, n'en jouissent pas moins d'un bel avancement, et que les ingénieurs dont les digues s'écroulent en tuant vingt-cinq personnes d'un coup continuent à bénéficier d'une impunité des plus honorables.

C'est donc bien de son plein gré que la nouvelle magistrature est entrée, vis-à-vis de nous, dans la voie de l'application sévère de ce vague article et M. Brouardel ne cherche pas à nier

(1) *La Responsabilité médicale*. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1898).

cet état d'âme. « La tendance actuelle des tribunaux, dit-il, est fâcheuse pour le corps médical et pourrait porter obstacle au développement scientifique et aux interventions les plus opportunes. Elle est mauvaise pour la magistrature qui se compromet en intervenant, avec une compétence discutable, dans les querelles réservées aux médecins... »

L'éminent Doyen aurait pu ajouter que les effets de cette attitude se sont déjà produits : d'une part, c'est la hardiesse des réclamations du public, le chantage encouragé ; d'autre part, ce sont les *morts*, par refus d'intervention du médecin dans des cas où il craignait à juste titre de voir son initiative mal jugée. Ribemont-Dessaignes a présenté déjà une belle statistique d'accouchées mortes en arrivant à Beaujon, le médecin n'ayant pas osé intervenir. Enfin le Conseil municipal a dû voter des fonds pour permettre aux médecins de nuit d'appeler des confrères en consultation, c'est-à-dire en partage de responsabilité, tous refusant avec raison d'agir dans les cas graves.

M. Brouardel dit une foule de choses très justes sur la nécessité de trancher cette grave question. Il est absurde de revendiquer pour le médecin le droit à l'absolue irresponsabilité. Il ne l'est pas moins de laisser des juges incompétents et souvent mal disposés décider souverainement du point où commence l'insuffisance professionnelle. M. Brouardel examine alors la question des tribunaux de médecins, c'est-à-dire de l'Ordre des médecins. Il le fait avec sagacité et conclut qu'aucun des projets proposés n'est viable, ce qui est malheureusement vrai. A son avis, mieux vaut encore pour nous rester sous le régime actuel, mais à la condition de créer un courant d'opinion publique — dont les tribunaux ne sont trop souvent que le reflet — plus favorable à notre profession, grâce à une meilleure attitude devant les profanes, à une union parfaite devant l'ennemi, c'est-à-dire le public, à la suppression du débinage dans les conversations particulières et des attaques dans les journaux. Il faut laver notre linge sale en famille. On ne saurait mieux dire.

Quelqu'un a fait observer malignement à M. Brouardel, que pour prêcher d'exemple il eût peut-être mieux valu ne pas laisser publier dans la *Revue des Deux-Mondes* (1er décembre 1897) un chapitre de son livre où traînent précisément quelques révélations fâcheuses. « Quelques-uns ont conclu des ententes particulières avec des pharmaciens ; d'autres, avec des confrères avec lesquels, appelés en consultation, ils partageaient les honoraires... » L'auteur pouvait en effet être moins précis ; mais d'un autre côté, il lui est bien difficile en publiant un livre de le faire circuler sous le manteau et de n'en permettre la lecture qu'à qui montrerait patte blanche. Le reproche à faire à la conclusion de M. Brouardel est tout autre.

Nous cherchons un intermédiaire entre le juge incompétent et le médecin, et nous nous évertuons à échafauder des projets irréalisables de conseils de discipline. La question est beaucoup plus simple, il me semble, et il existe à la difficulté une solution, au moins provisoire, dont nous pourrions fort bien nous contenter.

La responsabilité du médecin peut être mise en cause dans deux cas bien différents. D'une part, il y a les manquements aux devoirs confraternels, qui n'intéressent pas le public. Conseil de l'ordre ou bureau de syndicat, il peut se constituer un tribunal d'action purement morale, avec sanction toute morale également : exclusion des sociétés professionnelles, affichage, etc. Nous avons tout loisir de choisir nous-même la meilleure forme à donner à ce genre spécial de juridiction.

D'autre part, il y a les cas de responsabilité à l'égard du public ou du Parquet. Ici un tribunal professionnel sera difficile à faire accepter des tribunaux qui le regarderont toujours comme suspect de partialité. Mais la solution existe depuis longtemps, ai-je dit, sous une forme qui serait acceptable si on savait mieux s'en servir, c'est l'expertise.

Toutes les fois que j'ai parlé à des magistrats de ces énormités judiciaires qui se multiplient contre nous, ils m'ont répondu : « Que voulez-vous? Nous avons suivi les conclusions des experts, » et il faut bien reconnaître qu'ils n'avaient pas toujours tort. L'expertise avec contre-expertise sur la demande de l'accusé, et arbitrage du président du syndicat régional, en cas de départage, il me semble qu'il y a là une garantie importante pour nous, vers laquelle devraient tendre tous nos efforts, parce que nous aurions beaucoup plus de chance de l'obtenir que tout autre : n'existe-t-elle pas pour les architectes, les ingénieurs, etc. ?

Il est bien rare que des tribunaux aient jugé en contradiction absolue avec des conclusions *fermes* des experts. A qui la faute si celles-ci sont généralement d'une ambiguïté pythonitique, et inspirées surtout par le souci d'esquiver les responsabilités ?

M. Brouardel demande que l'on modifie l'opinion publique. Que le ciel l'entende ! Nous

n'avons jamais prêché autre chose. Qu'il nous permette de lui dire que ce sera peut-être un peu long. Il faudra une génération entière, et un peu moins de cette terrible *malesuada fames*... Ce qui irait beaucoup plus vite, serait un changement dans la manière de faire des experts, leur indépendance absolue vis-à-vis des tribunaux qui les désignent, et un peu moins chez eux de cette crainte d'être suspectés de partialité professionnelle qui les fait trop souvent tomber dans l'excès contraire.

Il n'en faudrait pas plus, je crois, pour améliorer bien des choses. Qu'en pense notre éminent professeur de médecine légale?

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Infirmerie de Saint-Lazare. — Des cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie de Saint-Lazare.

La première série commencera le jeudi 20 janvier, à dix heures et demie du matin, et se continuera les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure.

Ces cours sont faits :

Le mardi, par M. Ozenne, *gynécologie;*

Le jeudi, par M. Le Pileur, *syphiligraphie;*

Le samedi, par M. L. Wickham, *vénéréologie*, et seront complets en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions qui se seront fait inscrire chez M. le Directeur de la maison de Saint-Lazare qui leur remettra une carte d'entrée.

L'Ordre des médecins? — A méditer, les trop justes réflexions de notre confrère le Dr Jeanne dans le *Concours médical*, réflexions aussi attristantes, hélas! mais justes. « Dans une ville du Midi, le suffrage universel s'offrit dernièrement la distraction d'une petite révolution municipale, et l'un des premiers actes des élus du nouveau régime fut la révocation de quatre médecins chargés de certains services communaux.

« Les confrères atteints comptaient sur une belle manifestation de solidarité du corps médical de cette ville. Ils pensaient bien que les offres de succession rencontreraient un accueil uniformément glacial.

« Aussi, leur stupéfaction fut grande, en apprenant, qu'au contraire, les sollicitations s'étaient produites si nombreuses et si pressantes, que la municipalité avait adjugé, du premier coup, au rabais, les services en question, aux quatre soumissionnaires les moins exigeants.

« Notre intention, en relatant ce fait, n'est pas de nous livrer à des doléances; chacun pourra le faire à son gré, et notre opinion est connue.

« Nous voulons, seulement, demander à tous ceux qui sont partisans de l'Ordre des médecins, si des actes de ce genre, aussi publics et aussi contraires à l'esprit de confraternité, seraient justiciables du futur tribunal professionnel, et par quelle sanction *efficace*, on en poursuivrait la répression.

« Voilà, en effet, huit confrères d'une même localité, qui, désormais, entre vainqueurs et vaincus se prodigueront plutôt les mauvais procédés que les bons, et vont mettre en bien fâcheuse posture la déontologie et l'entente professionnelle.

« Si l'Ordre était déjà institué, pourrait-il se désintéresser de la question? Ce serait donner une triste idée de son utilité. Mais s'il se déclarait compétent, comment couperait-il court à de telles habitudes de concurrence?

« Comment assurerait-il surtout l'exécution de sa sentence? Pour notre compte, nous n'apercevons pas la solution du problème dans les divers projets qui ont été publiés jusqu'ici.

« Et si, en théorie, par admiration pour l'idéal, l'Ordre des médecins nous passe près du cœur, nous ne pouvons nous défendre des plus vives craintes, devant les écueils visibles ou ignorés que fera surgir la pratique. »

R. Blondel

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imp. Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Décorations. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs. — MM. les Drs Goujon (de Paris); Debaussaux (médecin inspecteur de l'armée); Harmand (ministre de la République française à Tokio).

Officiers. — MM. les Drs Hayem, F. Raymond, J. Simon (de Paris), Layet (de Bordeaux), Alphant, Clément, Vaillard, Zaepffel (médecins de l'armée active), E.-I.-L. Bertrand (médecin de la marine).

Chevaliers. — MM. les Drs Barth, Bouchardat, H.-C. Chevalet, E. Hirtz, Marchand, Louis Martin (de Paris), Anner (de Brest), Jules Baley (de Châteaulin), de la Bellière (de Bréhal), Berthollet (de Grenoble), Bourée (de Châtillon-sur-Seine), Darlan (de Nérac), Escorne (de Saint-Yrieix), Fabre (du Puy), Fauré (de Loubens), Hache (de Reims), Heydenreich (de Nancy), Vergne (de Tulle), Warenghem (de Calais), Guilbert (ancien préfet), Auger, Bayvel, Bosc, J.-M. Brousses, Christy, Lucien, Collin, Collinet, Leprêtre, P.-M. Mary, Namin, Pascaud, Riff, Rivière, Sibut, Verdier, Véron (médecins de l'armée active), Cazes (médecin de l'armée territoriale), Emile Aubry, Duville, Henric, Lassabatie, Le Méhauté, Menier, Tréguier, Vinas (médecins de la marine), Hache (médecin de réserve de la marine), G. Merveilleux, Rousselot-Bénaud (médecins des colonies).

Mérite agricole. — *Officier :* M. le Dr Marcellin (de Sausses). — *Chevaliers :* MM. les Drs Doléris (de Lambeye), Thomas (de Billom.)

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences a eu lieu sous la présidence de M. A. Chatin.

Voici le nom des lauréats :

Prix Montyon. — *Medecine et chirurgie.* — Deux prix sont décernés à MM. les Drs Gaucher et Zambaco. — Un troisième prix est partagé entre MM. Rémy et Contremoulins. — Des mentions sont attribuées à M. Fabre-Domergue et à MM. Bosc et Vedel. — Une troisième citation est accordée à M. Lapique.

Prix Montyon. — *Statistique.* — Le prix est partagé entre M. Gustave Bienaymé et MM. les Drs Vincent et Burot. — Une mention très honorable est attribuée à M. le Dr Lepage et un rappel de mention honorable à M. le Dr Baudran.

Prix Barbier. — Le prix est décerné à M. de Rochebrune. — Une mention est attribuée à M. Lucet.

Prix Bréant. — Le prix est décerné à MM. Burot et Legrand. — Une récompense est attribuée à M. Emile Legrain.

Prix Godard. — Le prix est décerné à MM. Beauregard et Boulart.

Prix Parkin. — Le prix est décerné à M. Augustus Waller.

Prix Bellion. — Le prix est partagé entre MM. Peron et Auguste Petit.

Prix Mège. — Le prix est décerné à M. le Dr Tissié.

Prix Lallemand. — Le prix est partagé entre MM. Henri Meunier et Gustave Durante. — Des mentions honorables sont attribuées à MM. J. Voisin, Onuf et Collins, et Mercier.

Prix du baron Larrey. — Le prix est décerné à M. le Dr Auffret.

Prix Montyon. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à M. Delzenne. — Une mention est attribuée à M. Gourfin.

Prix La Caze. — *Physiologie.* — Le prix est décerné à M. Rœntgen.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à M. Kaufmann.

Prix Martin-Damourette. — Le prix est décerné à M. Guinard.

Prix Philipeaux. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à MM. Courtade et Guyon.

Prix Gay. — Le prix est décerné à M. Charles Flahaut.

Prix La Caze. — *Chimie.* — Le prix est décerné à M. Paul Sabatier.

Grand prix des sciences physiques. — Le prix est décerné à M. Jos. Vallot.

Prix Bordin. — Le prix est décerné à M. G. Pruvot.

Prix Delesse. — Le prix est décerné à M. Œhlert.

Prix Jecker. — Le prix est décerné à M. Haller.

Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. Jac. Eriksson.

Prix Montagne. — Le prix est décerné à M. Bourquelot.

Prix Thore. — Le prix est partagé entre MM. Louis Bordas et Sappin-Trouffy.

Prix Savigny. — La Commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu cette année de décerner le prix

Prix Montyon. — *Arts insalubres.* — La Commission ne décerne pas le prix cette année. Une mention de 1,000 francs est attribuée à M. Masure. Deux mentions de 500 francs chacune sont accordées à M. le Dr Arnaud et à feu M. le Dr Magitot.

Prix Cuvier. — Le prix est décerné au professeur Marsh.

Prix Trémont. — Le prix est décerné à M. Frémont.

Prix Gegner. — Le prix est décerné à M. Paul Serret.

Prix Petit d'Ormoy. — *Sciences naturelles.* — Le prix est décerné à M. Gosselet.

Prix Tchihatchef. — Le prix est décerné à M. Obrutschew.

Prix Gaston Planté. — Le prix est décerné à M. André Blondel.

Prix Cahours. — Le prix est partagé entre MM. Lebeau, Hebert, Tassilly et Thomas.

Prix Saintour. — Le prix est décerné à M. G. André.

Prix Laplace. — Le prix est décerné à M. Crussard.

Prix Rivot. — Le prix est décerné à MM. Crussard, Gourguechon, Bertrand et Bruneau.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hémorragies par rupture de varices vulvaires pendant la grossesse.

Par le Dr DEMELIN,
Accoucheur des Hôpitaux.

S'il est une circonstance où le succès thérapeutique dépend exclusivement du diagnostic, c'est assurément le cas des hémorragies par rupture de varices vulvaires pendant la grossesse.

Il y a quelques jours, je fus appelé d'urgence auprès d'une dame, primipare, enceinte de huit mois révolus, pour une hémorragie génitale. La perte avait été d'intensité moyenne, assez abondante pour inquiéter la patiente et son entourage, insuffisante pour altérer l'état général. Le sang s'était écoulé liquide, sans mélange de caillots. L'accident avait paru sans douleurs utérines, sans signe prémonitoire, à l'occasion d'efforts de défécation assez violents. 200 grammes de sang environ avaient été répandus, puis l'hémostase s'était opérée d'elle-même.

A mon arrivée, je trouvai Mme X... couchée, assez tourmentée, mais ayant gardé son facies habituel, sans pâleur ni défaillance. L'utérus avait le volume d'une grossesse de huit mois pleins; il était tendu, un peu douloureux au palper de la corne droite, où la malade accusait de petits élancements depuis un certain temps. La paroi de la matrice était résistante, assez contractée pour gêner beaucoup l'exploration. Je reconnus cependant le dos du fœtus en arrière et à droite de l'ombilic, où j'entendis les battements cardiaques du fœtus qui n'étaient nullement altérés. Au niveau de la corne droite existait une extrémité fœtale volumineuse et assez dure. A l'hypogastre, la tension abdominale et même utérine empêchait de sentir quoi que ce fût du fœtus.

Au toucher, on rencontrait bien vite une grosse partie fœtale fortement engagée dans l'excavation pelvienne, repoussant devant elle un segment inférieur mince dans toutes ses parties, permettant même de reconnaître sur la partie fœtale une suture occupant le diamètre oblique gauche du bassin et la fontanelle antérieure à gauche et en avant. Le col était aisément accessible, court, et même perméable à l'index sans aucune effraction. (Des douleurs dans les reins et dans le ventre s'étaient produites quatre jours avant et expliquaient ces modifications du col.) Les membranes de l'œuf, intactes, recouvraient la tête et n'offraient nulle part soit des rugosités, soit des épaississements comme on en trouve lorsque le placenta est inséré dans le voisinage de l'orifice utérin. Le doigt explorateur fut retiré sans aucune trace de sang.

A la face interne de la petite lèvre droite faisaient saillie deux petites tuméfactions grosses l'une comme un pois, l'autre comme une petite amande. Celle-ci était assez dure, se détachant nettement par sa consistance de la mollesse des tissus ambiants ; la muqueuse violacée, brunâtre à son niveau, adhérait à la petite tumeur. Au centre, au point culminant de la moins importante des deux grosseurs, on voyait une gouttelette de sang, qu'on recueillit sur un peu de coton ; mais en comprimant la petite masse entre deux doigts, on faisait sourdre une autre gouttelette de sang.

Quel diagnostic convenait-il d'établir dans ces conditions ? La première idée qui vient en présence d'une femme atteinte d'hémorragie génitale pendant les trois derniers mois de la grossesse, est celle d'insertion vicieuse du placenta. Mais cette insertion vicieuse est relativement rare chez les primipares ; en outre, elle gêne l'engagement précoce de la présentation qui le plus souvent reste élevée au-dessus du détroit supérieur ; en troisième lieu, elle épaissit le segment inférieur, et dans l'aire de l'orifice cervical on trouve souvent des caillots, des rugosités sur les membranes, tous symptômes qui manquaient chez M^me^ X... Aussi, malgré l'absence de douleur au moment de la perte, malgré l'âge de la grossesse, le diagnostic d'insertion vicieuse fut-il vite écarté.

S'agissait-il d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré ? Nous avions quelques signes permettant de soulever cette hypothèse, à savoir : la tension utérine, la douleur localisée en un point (dans la corne droite), la primiparité. Mais l'orifice cervical ne contenait pas trace de sang, il n'y avait ni traumatisme, ni paludisme, ni albuminurie, ni œdème pour expliquer un décollement précoce du placenta. La vérité n'était pas encore là.

Les signes d'une hémorragie utérine manquaient donc, et surtout le principal d'entre eux, c'est-à-dire la présence d'une certaine quantité de sang soit dans le cul-de-sac postérieur du vagin, soit surtout dans l'orifice même du col et au-dessus de lui. Il fallait donc chercher ailleurs. Les particularités reconnues à la vulve donnaient la solution du problème. Il y avait là sans aucun doute deux dilatations variqueuses, l'une encore tendue, adhérente à la muqueuse, compliquée de périphlébite, l'autre plus petite, plus molle, ouverte à son centre en une très minime perforation faite comme par une pointe d'épingle.

Le diagnostie était donc : grossesse de huit mois révolus chez une primipare de bonne santé ordinaire, mais ayant eu quelques douleurs utérines quatre ou cinq jours auparavant, et présentant à la vulve des varices dont l'une s'était rompue pendant les efforts de la défécation.

La conduite à tenir était simple : mettre la malade au repos ; lui recommander de ne pas se gratter, de ne pas se frotter l'endroit malade au moment des toilettes ; conseiller des lotions d'eau aussi chaude que possible (45° à 50° centigrades), et montrer comment en cas d'hémorragie nouvelle, il suffirait de pincer la varice entre deux doigts pour arrêter la perte immédiatement sans attendre qu'elle ait le temps de devenir assez abondante pour altérer l'état général. Une garde expérimentée, placée en permanence auprès de M^me^ X... ferait d'ailleurs le nécessaire.

Les varices vulvaires sont fréquentes pendant la grossesse ; leur rupture n'est pas très rare ; elle a lieu sous l'influence de grattages provoqués parfois par le prurit vulvaire qu'on observe de temps en temps chez les femmes enceintes. Les traumatismes de la vulve, chutes à califourchon, chocs, coït, sont des causes fréquentes d'un pareil accident. Le sang coule liquide, jamais en caillots, quelquefois en jet et la

quantité perdue peut être très abondante et même mortelle. Il suffit pourtant pour arrêter aussitôt l'écoulement sanguin, de faire de la compression locale soit avec un doigt nu, soit entre le pouce et l'index, soit par l'intermédiaire d'un petit tampon d'ouate. Une pince à forcipressure, une suture peuvent être fort utiles. Mais le principal est de faire le diagnostic exact, et de ne pas prendre une rupture de varice vulvaire pour une insertion vicieuse du placenta. Une pareille erreur aurait des conséquences désastreuses. Tout l'effort thérapeutique serait dès l'abord entaché d'impuissance : et bien mieux, si l'on avait recours au tamponnement vaginal, loin d'arrêter l'hémorragie, on ne ferait que l'augmenter, car la compression exercée par le tampon au-dessus de la plaie variqueuse, produirait le même effet que la bande dont le médecin entoure le bras du malade qu'il veut saigner au pli du coude.

La conduite à tenir, en cas de rupture de varice vulvaire pendant la grossesse, est donc des plus simples et des plus efficaces. Mais l'important est d'établir un diagnostic rigoureusement exact, et le plus tôt possible.

VALEUR DE L'ÉLECTROLYSE

dans le traitement des rétrécissements de l'urètre.

Par le Dr Desnos,

Ancien interne des Hôpitaux.

L'application de l'électrolyse au traitement des rétrécissements de l'urètre est de date récente et l'historique peut en être résumé en peu de mots. Tripier, reprenant les expériences faites en 1860 par Ciniselli (de Cremone) analysa le mode d'action des courants continus sur les tissus et observa de grandes différences dans les effets produits suivant que le pôle positif ou le négatif était appliqué. Il ressortit de son observation que lorsque l'action d'un courant continu a amené la destruction de tissus vivants, celle-ci se répare au moyen d'une cicatrice molle et peu rétractile au pôle négatif, dure et non extensible au positif. Il compara ces résultats à ceux qu'on obtient par l'emploi des caustiques chimiques, qui donnent une cicatrice dure après l'emploi des acides, molle et souple après une cautérisation alcaline. Comme après la décomposition électrolytique d'un sel c'est au positif que viennent se fixer les acides, et la base au négatif, les cautérisations négative et alcaline lui parurent douées des mêmes propriétés, dont la principale était la mollesse de la cicatrice. C'est sur ce résultat que se sont appuyés tous les chirurgiens qui ont considéré l'électrolyse comme appliquable aux rétrécissements de l'urètre; ils tiennent tous cette propriété comme absolument démontrée : nous verrons bientôt que dans la pratique, cette foi absolue a pu amener quelques mécomptes.

En 1867, Mallez et Tripier firent leur premières tentatives d'électrolyse de rétrécissements de l'urètre et publièrent un mémoire sur la guérison durable des rétrécissements. L'instrument employé était composé d'une tige métallique, enveloppée d'une sonde de gomme à bout coupé, et dépassant celle-ci à ses deux extrémités, dont l'une était destinée à agir sur le rétrécissement, l'autre disposée pour recevoir le fil conducteur. Plus tard,

l'extrémité urétrale fut remplacée par des olives de calibres appropriés au degré de resserrement du rétrécissement. L'obstacle étant reconnu à l'aide d'un explorateur, on note sur celui-ci, la verge étant bien tendue, la distance qui le sépare du méat, puis on introduit l'électrolyseur jusqu'au point rétréci. L'électrode positive est placée sur le ventre ou sur la cuisse, on établit le courant tout en pressant légèrement sur le rétrécissement à l'aide de la tige métallique, jusqu'à ce qu'il le traverse facilement, l'obstacle étant détruit. La durée est de dix à vingt minutes; l'intensité employée n'est pas indiquée. Quelques gouttes de sang s'écoulent après le retrait de l'instrument, et les premières mictions sont douloureuses. Au bout de sept à huit jours l'escarre est éliminée sous la forme d'un corps noirâtre, mou, tomenteux.

On voit que ce procédé est peu compliqué et son mode d'action assez brutal. Des accidents sérieux étaient fréquents : rétention d'urine et dysurie, frissons et fièvre, même à une période éloignée de l'opération, œdème plus ou moins considérable de la muqueuse, épididymite, etc. Enfin un cas de mort est survenu (sur 100 opérés) au huitième jour après des frissons répétés. Quant au maintien de la guérison, voici comment s'expriment les auteurs à ce sujet :

« Nos tentatives, disent-ils, n'ont pas toujours été couronnées d'un succès complet et durable. Il y a quelques récidives sur 40 cas bien observés. La comparaison des résultats que nous obtenons avec ceux que donnent les pratiques courantes nous permet, dès à présent, de conclure que si nombre de rétrécissements reconnaissent pour cause les manœuvres pratiquées dans l'urètre, certaines rechutes sont dues à des conditions qu'il n'est et ne sera au pouvoir d'aucun traitement chirurgical d'écarter. C'est la question de la pathogénie des rétrécissements dits spasmodiques, qui nous paraissent constituer aujourd'hui une des plus graves complications des rétrécissements organiques. »

Malgré certains perfectionnements apportés à l'instrumentation, il est probable que cette méthode serait tombée rapidement dans l'oubli. Mais une dizaine d'années plus tard Jardin imagina un ingénieux urétrotome électrolytique, dont la disposition est calquée sur l'urétrotome de Maisonneuve; je n'insiste pas ici sur les détails de cet instrument et de ce procédé, car j'aurai à en parler plus longuement, ainsi que des modifications apportées par M. Fort et M. Lavaux, en décrivant le manuel opératoire. Dans cette méthode le but à atteindre est la destruction rapide du rétrécissement, qui doit disparaître après une seule séance, en quelques minutes.

A côté de cette méthode rapide, opposons de suite celle que Robert Newmann a proposée en 1868 et dont le principe, le manuel opératoire, les résultats eux-mêmes sont complètement différents, et qui porte le nom justement mérité d'électrolyse lente. Le but que poursuit Newmann n'est plus de lever l'obstacle par une seule opération, de lui faire franchir un instrument volumineux qui permette d'introduire une grosse sonde, de le détruire par une cautérisation électrochimique : il cherche à provoquer la résorption du tissu malade, à déterminer sur celui-ci des modifications telles qu'une régression de ce tissu en soit la conséquence.

Avant d'entrer plus loin dans l'analyse du mode d'action de ces divers procédés, il importe d'en préciser la technique et le manuel opératoire; aussi décrirons-nous maintenant l'électrolyse linéaire et l'électrolyse lente de Newmann, qui constituent, on en jugera, deux méthodes essentiellement distinctes.

---

(1) Gautier. Historique de la cure des rétrécissements de l'urètre par la galvanocaustique chimique. (*Rev. intern. d'électrothér.*, 1889.)

ÉLECTROLYSE LINÉAIRE

Sous ce nom on désigne un procédé d'électrolyse destiné à faire disparaître rapidement un rétrécissement en portant l'action du courant non pas sur toute la circonférence mais sur un seul point du rétrécissement; en progressant, l'instrument trace une ligne analogue à une ligne de section. Jardin, qui paraît avoir imaginé le premier appareil destiné à agir de cette manière, s'était inspiré du procédé de Mallez et Tripier. L'électrolyseur de Jardin ressemble à l'urétrotome de Maisonneuve, et se compose d'un conducteur courbe cannelé, d'une bougie conductrice, d'une tige terminée par une lame mousse de platine ayant la même disposition que la lame de l'urétrotome. Le conducteur est revêtu d'un enduit isolant.

L'opération se fait comme une urétrotomie interne : sur la bougie conductrice préalablement introduite, on visse le conducteur qu'on engage à sa suite jusque dans la vessie. A l'extrémité externe de la tige supportant la lame on fixe un fil conducteur en communication avec le pôle négatif; on engage la tige dans le conducteur et on l'y fait glisser jusqu'à ce qu'une résistance soit perçue : à ce moment, l'électrode positive étant placée sur l'abdomen, on fait passer le courant en appuyant légèrement sur la tige; après un temps qui varie avec l'intensité du courant et le degré de résistance de l'obstacle, celui-ci est franchi : le courant est alors interrompu sans brusquerie, et la lame, puis le conducteur sont retirés : l'opération terminée, on ne laisse pas de sonde à demeure.

M. Fort a modifié cet instrument en réunissant les trois pièces en une seule. « C'est une longue bougie de 60 centimètres de long terminée comme une bougie filiforme et représentant à son autre extrémité une bougie du n° 4 ou 5 de la filière Charrière. La première moitié de cet instrument est rigide et contient à son centre un fil métallique. Ce dernier peut être reliée par une extrémité au pôle négatif de la pile, tandis que l'autre extrémité est en continuité avec la lame de platine qui émerge de l'instrument vers sa partie moyenne (1). »

C'est, on le voit, l'instrument de Jardin simplifié, les trois pièces de ce dernier étant réunies en une seule; l'opération y gagne en rapidité, mais la sécurité est moindre; qu'on veuille bien se rappeler la précaution nécessaire pour l'introduction d'une bougie conductrice dans l'urétrotomie interne, par exemple; l'appareil de Jardin permet seul d'avoir la certitude que la bougie conductrice n'est pas repliée dans l'urètre.

M. Fort a fait construire des électrolyseurs à deux lames qui agissent sur deux points opposés de l'urètre. J'ai moi-même fait faire une lame triple pouvant se monter sur le conducteur de Jardin.

M. Lavaux a présenté au Congrès de chirurgie de 1895 un nouvel instrument dans lequel la lame de platine absolument semblable à celle de l'instrument primitif de Jardin est complètement dégagée du mastic isolant.

Le générateur d'électricité est une pile ordinaire à courants continus; avant chaque opération, il faut s'assurer qu'elle fonctionne régulièrement; ce qui est non moins nécessaire c'est d'avoir un galvanomètre exact et d'une très grande sensibilité, le succès de l'opération dépendant, à mes yeux, de l'intensité employée.

(1) Fort. Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire.

Quel que soit l'instrument choisi, on l'introduit dans l'urètre et on le fait progresser jusqu'à ce que la lame butant contre le rétrécissement, éprouve une résistance ; le doigt exerce alors sur la tige une très légère pression, pour maintenir la lame en contact avec l'obstacle.

Puis on établit le courant, en mettant la lame électrolytique en communication avec le pôle négatif et en plaçant l'électrode positive sur un point quelconque, l'abdomen par exemple. On augmente progressivement l'intensité en observant le mouvement de l'aiguille du galvanomètre. Autrefois on employait de très fortes intensités, on allait jusqu'à 40 et 50 milliampères. M. Fort donne comme limite 15 à 20. Nous croyons que cette intensité est encore beaucoup trop grande et, pour des raisons que nous exposerons bientôt, qu'il ne faut jamais dépasser 6 à 7 milliampères. Suivant l'épaisseur, la longueur, la dureté de l'obstacle, la lame le franchit plus ou moins rapidement ; on en est averti par l'absence de toute résistance à la main qui soutient la tige et un sentiment de liberté absolue. Il faut continuer à faire progresser l'instrument jusqu'à ce que la lame dépasse la région membraneuse et agir de même sur les autres rétrécissements qu'on rencontrerait en arrière du premier.

Avec la faible intensité que je recommande de ne pas dépasser et en n'exerçant aucune pression réelle sur la tige, la durée de l'opération est toujours de quelques minutes et je n'ai jamais été témoin d'électrolyses terminées en quinze ou vingt secondes. Quel que soit d'ailleurs le résultat, il ne faut jamais prolonger la séance plus de dix minutes. Si au bout de ce temps la lame n'a pas franchi, on la retirera ; l'opération pourra être recommencée quelques jours après, ou bien on fera choix d'une autre méthode opératoire.

Quelques chirurgiens conseillent de ne pas interrompre le courant pendant le retrait de la lame, de faire en un mot une électrolyse d'arrière en avant. Nous croyons que c'est tout au moins inutile et que prolonger l'action électrolytique sur les tissus ne peut avoir qu'un résultat fâcheux.

Immédiatement après l'opération on doit pratiquer une large irrigation de la vessie et de l'urètre soit avec une sonde, soit sans sonde; ce dernier procédé me semble devoir être écarté dans le cas présent car il nécessite un certain degré de distension de l'urètre assurément nuisible sur des tissus soumis à l'action électrolytique. La solution boriquée à 4 0/0 suffira lorsque les voies urinaires ne sont pas infectées; en cas contraire on emploiera une solution de nitrate d'argent à 1/1000.

Généralement on permet aux malades de se lever aussitôt après l'électrolyse et de reprendre leurs occupations : ils sont fort étonnés de ce résultat qui les enchante; mais comme des accidents sont possibles, je crois qu'il est préférable d'agir avec plus de prudence. Je fais garder au malade un repos de vingt-quatre heures au moins et lorsqu'il y a infection, je place une sonde à demeure comme après l'urétrotomie.

Certains accidents arrivent soit pendant, soit après cette opération, bénigne en général. La douleur pendant le passage du courant existe toujours, malgré l'injection préalable de cocaïne ; elle est d'ailleurs très variable et ordinairement supportable quand on ne dépasse pas 5 à 6 milliampères; mais au delà elle est vive et parfois elle a obligé de suspendre l'opération.

Le saignement est modéré au moment même de l'opération ; je l'ai vu assez abondant pour que le sang s'écoulât de l'urètre à gouttes précipitées. Jamais je n'ai vu d'hémorragies sérieuses, mais ce phénomène se prolonge parfois très longtemps, pendant douze à quinze jours, sous forme de sanie rougeâtre. Ce qu'il faut surtout savoir,

c'est que l'électrolyse ne met pas à l'abri de l'infection et que les accès urineux, le plus souvent bénins, se montrent à la suite de l'électrolyse. Il est donc sage de ne pas perdre le malade de vue, de le considérer comme ayant subi une opération sanglante et de le soigner en conséquence. C'est l'asepsie de la vessie et de l'urètre qu'on cherchera à réaliser tout d'abord par les lavages dont je viens de parler, puis par le placement d'une sonde à demeure.

ÉLECTROLYSE LENTE OU PROCÉDÉ DE NEWMANN

C'est une méthode de douceur extrême qui par sa technique, ses résultats, son mode d'action se rapproche beaucoup de la dilatation lente.

Newmann, qui depuis 1860 a traité tous ses rétrécis par le même procédé, se sert d'une instrumentation des plus simples : une tige métallique recouverte d'une couche de gomme et de vernis isolant porte à son extrémité un pas de vis sur lequel se fixent tour à tour des boules métalliques, correspondant aux divers numéros de la filière. On doit avoir trois séries de boules : ovoïdes, en forme de gland de chêne, enfin ovoïdes cannelées ; à l'autre extrémité de la tige s'adapte un fil métallique. Une batterie galvanique, un ampéremètre, deux charbons à manche complètent le matériel nécessaire.

L'urètre étant exploré et les dimensions du rétrécissement connues, on choisit une boule d'un diamètre supérieur de trois numéros de la filière au calibre du rétrécissement et on le conduit dans l'urètre jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance. Tout anesthésique doit être banni car il faut tenir compte des sensations du malade et d'ailleurs on ne doit pas produire de douleur. L'autre électrode est placée sur la peau de l'abdomen ou de la cuisse.

On établit le courant, le pôle positif sur la peau, le négatif dans l'urètre et on en augmente peu à peu l'intensité, élément par élément, jusqu'à ce que le malade éprouve quelques fourmillements ; on interroge en même temps le galvanomètre. L'opérateur applique la bougie avec fermeté, sans force, contre le rétrécissement ; la résorption se fait bientôt ; l'obstacle cède et on sent que l'instrument saute brusquement ; il est plus rare de le sentir s'engager lentement. S'il y a plusieurs rétrécissements on procède de même pour chacun d'eux jusqu'à ce que l'olive ait pénétré dans la vessie.

Elle est alors retirée lentement et chaque rétrécissement se trouvant de nouveau en contact avec elle est électrolysé de nouveau jusqu'à l'obstacle initial, puis le courant est réduit peu à peu, élément par élément, jusqu'au 0.

Newmann n'emploie que des courants très faibles, de 2 à 5 milliampères, qui sont suffisants. Il fait durer les séances en moyenne de cinq à vingt minutes et les répète une fois par semaine.

D'après lui, aucun rétrécissement ne résiste à l'électrolyse conduite avec prudence et patience ; pendant vingt ans il n'a jamais eu à recourir à l'urétrotomie interne.

Pour les rétrécissements très étroits, une disposition instrumentale spéciale est utile. Newmann emploie une sonde courbe pourvue d'une cannelure latérale et terminée par une extrémité olivaire, perforée, dans l'orifice de laquelle on peut faire glisser une longue bougie de baleine. Cette sonde est recouverte d'un vernis isolant sur toute sa longueur, sauf au niveau de l'olive qui est métallique et peut être mise en communication avec le

pôle négatif d'une pile. La tige de baleine est d'abord introduite dans le rétrécissement; la sonde électrolytique est glissée sur elle et conduite jusqu'au niveau du rétrécissement. On l'appuie légèrement sur ce point et on fait passer le courant en procédant comme avec la boule olivaire.

C'est donc véritablement par décomposition des tissus que le rétrécissement disparaît, c'est une action à distance interpolaire; si les phénomènes qui se passent sur la muqueuse au niveau du point d'application de l'olive sont plus nuisibles qu'utiles; si faible en effet que soit le courant, il se produit une cautérisation légère, négligeable quand on n'emploie que quelques milliampères, mais qui n'en détermine pas moins une mortification de la couche cellulaire les plus superficielles. Ce n'est donc pas à ce niveau qu'il faut chercher le bénéfice de l'action électrique, mais bien dans les couches fibreuses plus profondes.

Aussi est-il peu important que la boule franchisse ou ne franchisse pas le rétrécissement au moment du passage du courant. Nous croyons même que dans bien des cas ce résultat dépend moins de l'action de l'électricité que de la pression de l'instrument sur la stricture, pression légère mais continue et prolongée pendant quinze ou vingt minutes. Ce n'est pas là d'ailleurs une dilatation définitivement acquise : je m'en suis plusieurs fois rendu compte en explorant un urètre électrolysé quelques heures après une séance. Alors qu'on avait passé une boule n° 16, par exemple, il devient impossible

d'introduire sans violence un n° 12 et la pression de l'instrument provoque une douleur assez vive; ce gonflement post-opératoire est, à mes yeux, symptomatique de l'inflammation déterminée dans les tissus par l'action interpolaire du courant, analogue à l'inflammation atrophique produite par le passage d'une sonde de gomme ou d'un Béniqué. Ce n'est qu'à partir du troisième jour qu'a lieu la régression définitive et elle s'accentue pendant huit à dix jours.

On voit donc que l'application au point rétréci d'une électrode légèrement conique, susceptible de s'engager dans la lumière du rétrécissement produira sur lui toute l'action désirable et qu'on ne doit pas se proposer comme but de franchir quand même.

La diffusion facile du courant et son action à distance m'ont amené à modifier quelque peu les instruments de Newmann. Mon but a surtout été de diminuer l'action caustique, minime mais réelle, que l'application de l'électrode détermine sur la muqueuse : une olive pleine qui se met en contact avec toute la périphérie du canal me semble inutile. Déjà le Pr Guyon avait fait construire un petit appareil dont les arêtes seules étaient en contact avec le canal; Boisseau du Rocher a, de son côté, employé une olive cannelée. Pour mieux isoler la plus grande partie du canal, j'ai prié M. Gaiffe de construire l'appareil représenté ci-dessus :

Il se compose d'une sonde terminée à son extrémité par une olive très allongée, quadrangulaire, dont les angles seuls sont métalliques, tout leur intervalle étant rempli par de la gomme. La tige est également recouverte d'un vernis isolant et les parties métalliques de l'extrémité sont, par l'intermédiaire d'un fil qui traverse toute la sonde, mises en

communication avec le pôle négatif d'une pile. D'ordinaire cet instrument s'introduit directement dans l'urètre et est employé ainsi. Mais, en présence d'un rétrécissement d'un accès difficile, il peut être monté sur conducteur. A cet effet il est creusé sur toute sa longueur d'un canal étroit dans lequel passe une longue bougie de baleine. On commence par introduire cette dernière dans le rétrécissement, puis sur elle on fait glisser l'électrode qui arrive sûrement au niveau du rétrécissement et s'y engage.

Le reste du dispositif ne présente rien de particulier; une électrode en charbon recouverte de peau de daim est placée sur les cuisses ou l'abdomen, puis mise en communication avec le pôle positif d'une pile, tandis que le négatif est relié à la sonde urétrale. Celle-ci est maintenue appliquée contre l'obstacle, sans pression, puis on fait passer le courant, lentement, élément par élément. L'œil ne doit pas quitter l'aiguille du galvanomètre; il importe de n'employer jamais, quoi qu'il arrive, que de très faibles intensités. Le chiffre de 5 milliampères que donne Newmann me paraît exagéré et je me tiens habituellement entre 2 et 3. Le malade n'éprouve aucune sensation autre qu'une cuisson vague et diffuse qui est le fait plutôt du contact prolongé de l'instrument que du passage du courant.

Il n'est pas nécessaire non plus que les séances soient très longues; quinze minutes sont une moyenne suffisante. Quand le rétrécissement a résisté à plusieurs séances, dans un urètre déjà habitué à ces manœuvres, on peut les prolonger jusqu'à vingt et même vingt-cinq minutes, mais c'est là une exception. Je ne considère pas comme indispensable de faire franchir à l'olive le rétrécissement et je ne me préoccupe pas du terrain gagné pendant la séance; si l'olive passe, on en profite pour attaquer le rétrécissement suivant, s'il existe; mais c'est pendant les jours qui suivent l'électrolyse que le travail de résorption se produit : et il ne faut pas moins de dix à douze jours pour son achèvement. Si après ce délai on explore de nouveau l'urètre, on voit que deux, quatre, jusqu'à cinq et six numéros ont été conquis.

C'est à cet intervalle de douze jours que je me suis arrêté pour répéter les séances. Il en faut souvent un très grand nombre pour obtenir un canal exempt d'inégalités et parfaitement souple.

Sans partager l'enthousiasme de Newmann pour cette méthode, je dirai que les échecs ou même les demi-succès sont rares, quand le malade et le chirurgien ont fait preuve d'une patience suffisante. Mais c'est toujours par mois qu'il faut estimer la durée du traitement et quelquefois elle a dépassé une année.

Un des principaux effets obtenus ainsi est une souplesse particulière du canal : aussi ai-je appliqué l'électrolyse au traitement de rétrécissements multiples durs, de ces indurations urétrales étendues à tout l'urètre. Le procédé opératoire est alors un peu différent, mais il n'est pas besoin d'instruments spéciaux. On choisit une bougie métallique de Béniqué assez grosse pour remplir l'urètre, tout en passant facilement et sans être serrée en aucun point et on l'introduit jusqu'à la région membraneuse qu'on ne dépasse pas. On applique une électrode sur l'abdomen, on met l'extrémité externe du Béniqué en communication avec le pôle négatif et on fait passer un courant très faible pendant une dizaine de minutes. La répétition de ces séances peut se faire tous les huit ou dix jours.

Je considère ce mode d'application du courant électrique comme excellent pour compléter certains traitements à la suite desquels l'urètre n'a pas retrouvé sa souplesse : c'est évidemment un procédé exceptionnel, mais susceptible de rendre des services dans des cas déterminés.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 janvier 1898.

Présidence de M. le Pr POUCHET

L'ordre du jour appelle la *discussion sur le traitement du lymphatisme.*

M. Sané reproche à M. Gallois d'avoir ramené la question du lymphatisme à une donnée trop simple : on peut en effet objecter à son hypothèse : 1° que tous les lymphatiques ne sont pas des adénoïdiens ; 2° que tous les adénoïdiens ne sont pas des lymphatiques.

La définition du lymphatisme pourrait se réduire à cette formule : c'est une scrofule atténuée, restant cantonnée à son premier stade sans passer par les phases successives de la scrofule confirmée. Pour lutter contre le lymphatisme, il y a lieu de surveiller étroitement l'alimentation, de défendre les aliments excitants ou de digestion difficile, les sucreries, la charcuterie, mais il faut en tous cas diriger son attention sur les conditions d'habitation du jeune malade. La viciation de l'air, l'absence de lumière sont des facteurs très importants de la constitution lymphatique. En outre, au lieu de pousser les enfants vers des études trop pénibles, on songera avant tout à leur santé, on retardera donc l'entrée en classe jusqu'au moment où le traitement général (frictions sèches, massages, vêtements amples, pas trop chauds, etc.) aura porté ses fruits. Le climat constitue un élément thérapeutique fort important : il faut éviter à la fois les climats trop excitants ou trop déprimants, se mettre à l'abri des inflammations bronchiques, envoyer les petits malades l'hiver sur les bords de la Méditerranée, l'été dans les Alpes (Lac des Quatre-Cantons de préférence). On obtient aussi de merveilleux résultats par des voyages sur mer : quant aux sanatoria, il faut les éviter, car on risque l'infection bacillaire, à laquelle l'organisme du lymphatique est tout spécialement prédisposé.

L'enfant passera ses journées au grand air, mais en évitant les intempéries, contre lesquelles il faudra le protéger par des vêtements de renfort qu'on lui fera endosser au moment utile.

L'ancienne thérapeutique par les exutoires (cautères, vésicatoires, sétons) est justement abandonnée de nos jours : il faut s'adresser à la médication tonique, et non pas à la médication spoliatrice. L'huile de foie de morue constituera la base du traitement, mais il y a lieu de la suspendre de temps en temps et de la remplacer par la glycérine, le quinquina, le colombo, l'iode, les phosphates. En été les thermes sulfureux ou chlorurés sodiques seront conseillés.

Par l'ensemble de ces mesures, on pourra triompher de la diathèse et mettre les lymphatiques à l'abri des atteintes de la tuberculose.

M. Créquy insiste particulièrement sur certaines précautions hygiéniques qu'il faut faire prendre aux malades : tout le monde ne peut pas se déplacer et vivre au grand air. Il faut donc, le plus souvent, tenir compte de conditions qu'on ne peut modifier dans leur ensemble. A Paris, les petits ménages sont surtout exposés au lymphatisme ; par suite de nécessités budgétaires, ils ne peuvent choisir à leur guise leurs habitations. Mais, le logis défectueux est rendu plus défectueux encore par certaines habitudes qu'on retrouve constamment : on place à toutes les portes des bourrelets, et l'on transforme les chambres en cabinets en fermant la trappe de la cheminée.

Il y aurait lieu de recommander aux architectes d'empêcher que la trappe puisse être fermée complètement, il faut que l'aération se fasse *malgré le locataire.*

M. le Pr Pouchet rappelle qu'à l'Exposition de 1889 on a pu admirer quelques *maisons hygiéniques*, mais il semble que la ventilation malgré les habitants n'a pas été du goût des constructeurs de maisons, car on n'a pas jusqu'ici adopté les propositions de 1889.

En outre, c'est surtout le soir, quand on allume les lampes, que l'air se surcharge d'acide carbonique : à ce moment, l'infection de l'air atteint son maximum.

M. Sané a vu, rue de la Roquette, des maisons hygiéniques construites d'après les données de 1889.

M. Courtade. — La formule : « Il faut être scrofuleux, pour être adénoïdien », semble plus vraie que la formule inverse de M. Gallois. On a tort d'attribuer à l'hypertrophie du tissu lymphoïde, qui est loin de constituer toute la pathologie de l'arrière-cavité des fosses nasales, un rôle aussi important.

Le *facies adénoïdien*, dont M. Gallois a parlé, n'est pas tout à fait caractéristique et ne permet qu'un diagnostic approximatif. Dans les degrés inférieurs de l'hypertrophie du tissu lymphoïde, il manque complètement, et on le retrouve, d'un autre côté, chez des enfants absolument indemnes de toute lésion adénoïdienne. Le diagnostic doit se faire par le toucher ou au moyen de la rhinoscopie postérieure. Il est plus que probable que les tumeurs adénoïdiennes ne représentent qu'une conséquence de la diathèse : les scrofuleux en effet présentent une tendance à l'hypertrophie du tissu lymphoïde.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas forcément hypertrophiés chez les adénoïdiens, la rhinite provoquant l'épaississement de la lèvre supérieure représente l'exception chez ces malades. Les ganglions enfin, quand ils existent, persisteront souvent après l'ablation des végétations adénoïdes. L'adénite chronique cervicale peut certes représenter une conséquence des végétations adénoïdes, mais cette adénite ne constitue pas l'état lymphatique à elle seule.

On peut aussi rencontrer des enfants se portant très bien et qui sont atteints de tumeurs adénoïdes.

M. Huchard présente une note sur le *traitement de la tuberculose*. Depuis quelque temps les autorités médicales de l'Allemagne ont une tendance à recommander le traitement par les sanatoria de préférence au séjour dans des stations appropriées. On va jusqu'à préférer le séjour dans les climats les plus brumeux de l'Allemagne, sous la surveillance du médecin du sanatorium, à l'existence au grand soleil que le malade peut trouver dans les régions méditerranéennes. Il y a là une tendance préjudiciable aux intérêts des malades et des stations si nombreuses des côtes de France, contre laquelle il est urgent de réagir.

M. Bardet est d'accord avec M. Huchard : Depuis quinze ans les questions de climatologie le préoccupent, et la France présente une gamme aussi riche que possible de climats convenables aux diverses catégories de malades. Si l'on veut toutefois exploiter ces richesses, on se heurte en France à des difficultés qui semblent bien difficiles à surmonter. L'initiative privée, secondée de capitaux, pouvant compter sur la collaboration et le bon vouloir de tous, n'existe pas pour ainsi dire. A supposer même que ces difficultés soient surmontées, on se trouve en présence des malades ; or le tempérament du Français répugne à toute discipline, à tout patient effort vers une guérison qui ne peut être obtenue qu'à ce prix.

La même question se pose quand il s'agit des eaux minérales : nulle part il n'existe de groupements d'intérêts, nulle part la voix du médecin n'est écoutée par les propriétaires des sources, les hôteliers, etc.

M. Huchard revient sur la question du *traitement du lymphatisme*. L'adénoïdien, grâce à sa prédisposition aux infections, présentera parfois des accidents d'endocardite : peut-être même beaucoup d'endocardites de l'enfance, de cause jusqu'ici non déterminée, proviennent-elles d'infections de ce genre. Cette constatation est un argument d'une certaine importance à opposer aux idées de M. Gallois : on ne voit en effet pas les scrofuleux faire de l'endocardite.

Pour M. Huchard, l'*adénoïdisme* est différent du *lymphatisme* : les deux états peuvent coexister chez le même individu, mais ils ne sont pas identiques.

M. Gallois présente des préparations à base de *gelée à l'agar-agar ;* la *gélose vraie* se prête fort bien à la préparation de topiques destinés à la cure d'affections cutanées ; elle est préférable à la gélatine, qui se rétracte.

Il faut étudier chaque médicament à part au point de vue de la facilité d'incorporation à la gélose : la formule générale de préparation sera : gélose, 1 à 2 parties ; eau, 100 parties, médicament actif q. s. pour préparer une gelée uniforme et bien maniable.

Peut-être, en ajoutant à ces gelées de la glycérine ou de l'alcool, pourra-t-on augmenter le nombre des substances utilisables sous cette forme.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la scarlatine. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, novembre 1897.) — Le Pr v. JURGENSEN (de Tubingue) estime que le meilleur mode de traitement de la scarlatine, à partir du moment de l'invasion jusqu'à la diminution des symptômes généraux, consiste dans l'emploi de bains froids. Aussitôt que la température rectale atteint 40°, on donnera un bain à 20° C. de cinq minutes de durée, s'il s'agit de jeunes enfants. Les adolescents prendront des bains à 15°.

Leichtenstern a constaté le premier que dans la scarlatine le ralentissement du pouls précède l'abaissement de température et se maintient pendant quelque temps, même alors que la température recommence à monter. Cet effet sur l'appareil circulatoire exerce une influence favorable très marquée sur l'irrigation des centres nerveux. La déperdition de calorique dans le bain est très considérable, car la scarlatine produit un état parétique des vaso-constricteurs cutanés : on peut facilement s'assurer du fait, car la peau reste rouge dans le bain froid. La vaso-constriction provoquée par l'immersion dans l'eau froide étant réduite à un minimum, il ne se produit pas, chez le scarlatineux, d'afflux subit du sang vers le cœur : il n'y a donc aucun accident à craindre de ce côté.

Dans les cas légers, on se bornera à prescrire un bain toutes les quatre à cinq heures, mais il faudra, quelle que soit la gravité de l'affection, toujours surveiller attentivement le cerveau et le cœur. En cas d'obnubilation intense du sensorium, même avec température basse, on placera le malade dans un bain chaud et on fera des affusions d'eau très froide sur la tête et la nuque. En cas de convulsions, bain chaud de dix à quinze minutes, se terminant par une affusion froide sur la tête. S'abstenir de narcotiques.

Quand la fièvre est élevée, il faut en premier lieu examiner si la peau est chaude ou froide au toucher ; dans le second cas, on commencera par donner un bain chaud à 40°, pendant dix minutes, avec frictions énergiques dans le bain. Si la peau s'échauffe sous l'influence de cette intervention, on pourra faire quelques rapides affusions d'eau froide après le bain. On ne négligera jamais, dans les cas de ce genre, de relever la tonicité cardiaque en donnant du vin ou en faisant des injections sous-cutanées de camphre. Quand la peau est chaude, on applique le traitement balnéaire que nous avons décrit plus haut, dans les cas graves, en donnant un bain toutes les heures.

Les contre-indications sont les suivantes :

1° Etat parétique considérable du cœur, résistant à l'action des toniques, existence d'une myocardite appréciable ;

2° Gêne respiratoire provenant d'une sténose des voies aériennes ;

3° Epistaxis, hémophilie ;

4° Arthrites.

La néphrite scarlatineuse sera traitée par les bains chauds à 39° C., de quinze minutes de durée, avec enveloppement consécutif dans un linge trempé d'eau chaude et par-dessus une ou plusieurs couvertures de laine. Au bout d'une à deux heures, pendant lesquelles le malade boit abondamment des liquides chauds, on essuie le malade avec des linges chauds et secs. Dans les cas graves, on interviendra de la sorte deux fois par jour ; on peut, en augmentant la température du bain insensiblement jusqu'à 41°, laisser le malade pendant une heure dans la baignoire.

E. VOGT.

Traitement hydrothérapique de la rougeole. (*Bl. f. klin. Hydrotherapie*, novembre 1897.) — Le traitement systématique de la rougeole par l'hydrothérapie n'est pas nécessaire, si l'on en croit le Pr v. JURGENSEN (de Tubingue.) On

ne se guidera pas sur la courbe thermique, mais bien sur l'état général. L'hydrothérapie n'interviendra que dans les cas suivants :

1° *Etat soporeux, délires, convulsions.* — Affusion d'eau froide à 15° maximum, de deux minutes de durée, en insistant surtout sur l'affusion dirigée vers la tête et la nuque. Si les résultats sont insuffisants, on s'adressera aux bains de 20° à 25° centigrades, de cinq minutes de durée pour commencer, avec affusion d'eau plus froide sur la tête. Pour éviter la parésie cardiaque, toujours possible dans la rougeole (il n'en est pas de même pour la scarlatine), on donnera du vin avant et après le bain.

2° *Température élevée coïncidant avec l'existence d'une bronchite étendue.* — Se guider sur le thermomètre dans l'application des bains froids, que l'on termine par des affusions d'eau plus froide sur la colonne vertébrale et la poitrine.

3° *Rougeole légère.* — Les malades seront calmés par un bain (température minima 28°, maxima 33°) administré le soir.

4° *Sténose laryngée.* — Quand la toux devient aboyante, on fera autour du cou des enveloppements de Priessnitz (trois en vingt-quatre heures), avec de l'eau aussi chaude que la peau peut la supporter. Si les accidents de sténose augmentent, bains chauds, même en cas d'hyperthermie, de quinze à vingt minutes de durée, avec friction énergique dans le bain. Si le visage se congestionne, affusion d'eau froide ou vessie de glace sur la tête.

5° *Hypothermie.* — On dirigera un jet d'eau aussi froide que possible, d'un centimètre de diamètre au maximum, pendant quelques secondes, sur la région de la moelle allongée. On répète une dizaine de fois ces affusions, avec intervalles de quinze à vingt secondes. Il faut éviter de mouiller la poitrine ou le dos. On obtiendra ainsi des inspirations profondes qui seront suivies d'ascension thermique. La respiration une fois améliorée, on donnera des bains chauds prolongés de 38° à 40°, avec frictions énergiques dans le bain.

6° *Bronchite capillaire.* — Affusions froides comme dans 1°, immédiatement avant et après l'administration d'un vomitif.

Lorsqu'on ne dispose pas de grandes quantités d'eau, on pourra se servir d'enveloppements humides froids, en ne négligeant jamais les règles suivantes :

1° *Laisser les bras libres*, appliquer les linges humides sur le thorax et le dos, en enveloppant les pieds et les jambes de linges secs chauds. L'amplitude des mouvements respiratoires ne doit jamais être gênée par une constriction provenant des linges humides.

2° *Ne pas insister sur la soustraction de chaleur*, dès que les inspirations deviennent profondes et moins nombreuses.

E. Vogt.

Action du sérum de Behring dans des affections qui ne sont pas provoquées par le bacille de Klebs-Lœffler. (*The British med. Journal*, 11 décembre 1897.) — Mac-Callum, se basant sur des considérations théoriques, a essayé l'action du sérum de Behring sur diverses affections dues à l'action des micro-organismes. Il distingue quatre périodes en cours de traitement : 1° *Période initiale* fébrile se manifestant entre quatre et vingt-quatre heures après la première et la seconde injection : cette période est très atténuée ou même absente chez les individus normaux. 2° *Période de pseudo-vaccination* : commençant entre vingt-quatre et soixante-douze heures après la troisième injection. On observe alors un érythème accentué dans la région où l'injection a été faite, un frisson dans quelques cas, de la céphalalgie intense, de l'urticaire généralisés et quelquefois une grande prostration. Les phénomènes durent vingt-quatre heures environ : le malade acquiert à ce moment un certain degré d'immunité pour les injections subséquentes. 3° Période consécutive se manifestant huit à quatorze jours plus tard par une nouvelle poussée d'urticaire, des douleurs articulaires, de l'angine dans quelques cas. 4° Période d'immunisation, variable suivant les malades traités.

L'action du sérum s'exerce sur l'économie entière : la salivation est augmentée, l'appétit amélioré, la constipation disparaît, l'urine devient plus abondante, la tension artérielle se relève, l'insomnie est très favorablement influencée.

L'auteur a injecté le sérum dans les cas suivants : tuberculose pulmonaire (huit cas), autres tuberculoses viscérales (sept cas), sarcomes, fièvre typhoïde, pelvi-péritonite, etc., etc.

En résumé, le sérum de Behring exerce sans aucun doute, chez des individus atteints d'affections infectieuses, une action tonique sur les tissus et la circulation lymphatique, permettant à l'organisme de se défendre contre des intoxications ultérieures et d'éliminer ses toxines. Peut-être le sérum normal de cheval produirait-il les mêmes effets : en tout cas, il y a lieu de continuer les recherches, et il est permis d'espérer qu'en essayant d'autres sérums, ou en les combinant entre eux, on finira par trouver une méthode curative permettant de lutter efficacement contre la tuberculose et le cancer, par exemple.

E. Vogt.

Guérison médicale d'un cas de tétanos traité par dix injections de sérum antitétanique, par E. Boinet. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 433, 30 novembre 1897.) — Chez un malade affecté de tétanos, des injections de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur furent instituées, huit jours après le début de la maladie. Chaque injection était de 10 centimètres cubes et les injections atteignirent le nombre de dix, en l'espace de vingt jours, époque à partir de laquelle le malade put être considéré comme guéri.

G. Lyon.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Amputation ostéoplastique de la jambe, par O. Lanz. (*Centralbl. für Chirurg.*, décembre 1897.) — Le chirurgien bernois a cherché depuis quelques années à améliorer le moignon des amputations faites dans la continuité de la diaphyse. Tout d'abord, il pensa que ce résultat pouvait être obtenu en élargissant le plus possible la partie osseuse de la cicatrice. Bier, de son côté, a montré que l'oblitération primitive de la cavité médullaire était plus importante que la largeur du cal. Revenant sur ses expériences, Lanz fait remarquer que les amputations faites au niveau des épiphyses sont suivies de moignons résistants; il n'en est pas de même des diaphyses. Aussi doit-on chercher à détourner la cicatrice de l'os comme celle de la peau, de l'extrémité terminale. Aussi se sert-il maintenant du périoste du péroné, après résection sous-périostée pour recouvrir la section du tibia. Il se propose même de se servir d'un fragment du péroné lui-même pour l'appliquer sur la surface de section du tibia, après avoir rabattu son périoste. Cela lui paraît plus facile à exécuter que le procédé de Bier, qui taille aux dépens du tibia un coin osseux, pris au-dessus de la surface d'amputation et destiné à recouvrir la section osseuse, à laquelle il forme une sorte de pied artificiel.

Aug. Benoit.

Coxa vara: diagnostic par la radiographie, par Brauer. (*Société médicale de Heidelberg.*) — Plusieurs publications portant ce titre viennent de faire connaître en Allemagne une lésion de la hanche, facile à confondre avec la coxalgie au début, et qui s'en distingue essentiellement. Un jeune sujet vient à présenter des douleurs de la hanche, de la claudication, voire du raccourcissement prononcé, avec atrophie et affaiblissement des muscles de la cuisse. Or, la radiographie a permis à l'auteur, ainsi qu'à Lauenstein (de Hambourg) de constater que ces signes peuvent être dus à une *incurvation caractéristique* du col du fémur, la *coxa vara*, que l'on peut logiquement attribuer au rachitisme tardif, sans lésion de l'article.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical du testicule tuberculeux par Duplay. (*Journal des Praticiens*, n° 49, p. 769, 1897.) — Avant l'avènement de l'antisepsie le traitement chirurgical du testicule tuberculeux était surtout subordonné à l'état des lésions locales. Avant la collection du pus, on s'abstenait de toute intervention. A la période de ramollissement et de suppuration des foyers tuberculeux, on procédait à l'ouverture des collections purulentes, soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère. A la période de fistulisation, on traitait les trajets comme se traitaient alors toutes les fistules tuberculeuses, soit par de simples cautérisations, soit par des injections irritantes modificatrices. Enfin si les fistules persistaient pendant très longtemps, si elles étaient multiples, on avait recours à la castration.

Aujourd'hui, à cette thérapeutique toute de temporisation, on a substitué une série d'interventions opératoires. Tout d'abord la castration précoce a été préconisée avec ardeur, comme seul moyen curatif, destiné à supprimer le foyer local et obtenir la guérison complète et définitive; mais les mauvais résultats ne tardèrent pas à amener une réaction contre la castration.

Une première objection, basée sur la rareté de la localisation exclusive du tubercule sur l'épididyme et le testicule doit être prise en grande considération. Presque toujours, en effet, il y a tuberculose concomitante des voies spermatiques et même des voies urinaires (surtout vésicules séminales et prostate); de plus, l'orchi-épididymite tuberculeuse est relativement fréquente, de sorte que l'espoir de supprimer complètement le foyer tuberculeux a peu de chance de se réaliser.

D'autre part les résultats immédiats de l'opération sont loin d'être toujours encourageants; la granulie aiguë, la méningite tuberculeuse sont souvent survenues peu de temps après l'opération (Verneuil), de sorte que la castration semble pouvoir donner dans certain cas un coup de fouet à la tuberculose. Enfin la castration, faite à l'âge de l'activité sexuelle, est d'un effet déplorable sur le moral des malades.

En résumé, la castration n'est plus admise que dans un petit nombre de cas: lorsqu'il y a tuberculose aiguë orchi-épididymaire, envahissant la totalité de la glande en très peu de temps; lorsqu'il y a tuberculose suppurée chronique avec foyers purulents multiples, fistules traversant le scrotum en tous sens, ne laissant pour ainsi dire aucune parcelle de la glande intacte.

Les autres méthodes thérapeutiques qui, dans la presque totalité des cas, doivent se substituer à la castration, sont essentiellement conservatrices et ont pour objet la destruction ou l'extirpation du foyer tuberculeux, tout en conservant les parties saines. Elles comprennent un certain nombre d'opérations, que l'on peut diviser en deux catégories:

1° Les unes ne s'appliquent qu'à la période de ramollissement ou de suppuration du foyer tuberculeux;

2° Les autres conviennent aussi bien à cette période qu'à celle où le tubercule n'est pas encore ramolli.

1° Les opérations de la première catégorie sont peu nombreuses.

Citons d'abord la *cautérisation au fer rouge* du foyer. Elle a l'inconvénient d'exposer à faire trop ou pas assez, suivant que l'action du cautère dépasse ou n'atteint pas les limites du foyer; d'ailleurs même dans les cas les plus favorables il se produit des fistules qui suppurent pendant des semaines et des mois.

Un procédé opératoire meilleur est le *curettage* des foyers ramollis, que l'on peut d'ailleurs associer à la cautérisation ignée, mais il est, en somme, passible des mêmes reproches que le précédent.

2° Les opérations de la seconde catégorie sont toutes de conception récente.

Il s'agit, en premier lieu, de l'*épididymectomie* qui consiste à réséquer tout l'épididyme en conservant le testicule intact. Elle ne saurait convenir qu'à des cas très particuliers où le testicule est indemne.

Le *curettage suivi ou non de réunion* suivant le procédé de Quénu. Ce chirurgien, qu'il s'agisse de tubercules ramollis ou non, met le foyer à nu au moyen d'une incision, puis, avec une curette, il extirpe les foyers caséeux aussi bien que les parties indurées. La plaie ainsi nettoyée est cautérisée au chlorure de zinc, et, si les parties molles sont saines, on réunit par première intention, sinon on se contente d'un bourrage de la plaie à la gaze iodoformée et l'on attend la réunion secondaire.

L'*ablation du foyer tuberculeux au bistouri* a été pratiquée pour la première fois par Duplay, en 1890. Ce procédé lui paraît le meilleur de tous; il consiste à aller chercher le foyer partout où il se trouve et à l'énucléer dans sa totalité jusqu'au tissu sain exclusivement.

Après l'ablation des parties malades, Duplay réunit l'albuginée avec du catgut fin, de façon à contenir ce qui reste de substance testiculaire et par-dessus il suture la peau. Presque toujours la guérison complète a été obtenue par ce moyen.

Les méthodes conservatrices ne sont contre-indiquées que dans les cas de lésions tuberculeuses concomitantes graves du côté des voies séminales ou urinaires.

G. Lyon.

Correction des difformités nasales par la méthode sous-cutanée, sans supports artificiels, par John O. Roe, Rochester, N. York. (*Med. Record*, n° 1387, 1897.) — Dans un important article, orné de nombreuses figures, plus spécieuses pourtant que démonstratives, l'auteur nous montre les procédés qu'il emploie pour remédier aux difformités nasales, si désastreuses pour l'expression du visage et parfois même si répugnantes pour autrui. Ces questions ne semblent pas avoir beaucoup préoccupé l'esprit des chirurgiens français; si bien que ces opérations plastiques sont ici peu connues. Il est deux sortes de difformités: la première, caractérisée par l'aplatissement de l'extrémité ou bout du nez, la seconde par l'écrasement de la base, avec saillie exagérée de la pointe (nez en dos de selle). Les causes sont variées : le traumatisme, coups de poing, chutes sur le nez dans l'enfance ou l'adolescence, les abcès de la cloison, les déformations congénitales. Il suit de là que les procédés à employer seront également très variés et que deux cas en apparence semblables, exigeront un traitement tout différent. M. O. Roe s'est servi constamment dans ses opérations autoplastiques de lambeaux internes taillés dans les tissus exubérants à travers la narine soulevée.

Toute cicatrice extérieure est donc soigneusement évitée. S'agit-il de redresser la pointe du nez, indûment abaissée, par suite de l'absence congénitale d'une partie du cartilage triangulaire? Il détache la colonne antérieure du frein, pour libérer la pointe, taille une sorte d'escalier des deux côtés de la base de ce frein, et relevant les tissus libres, il les fixe en bonne position, tandis que la lèvre supérieure est reformée au-dessous sur la surface cruentée. Veut-on redresser la base, plus ou moins effondrée? Les manœuvres sont ici autrement compliquées, il faut, par l'intérieur de la narine, libérer la peau du dos du nez, puis tailler des lambeaux sous-cutanés sur les côtés et les retourner, pour remplir la dépres-

sion centrale, où ils sont fixés au moyen d'épingles, la suture n'étant pas possible, en s'en rend facilement compte. Ce n'est souvent que par une série d'avivements et de retournements des lambeaux, exécutés à plusieurs semaines d'intervalle que l'on arrive à obtenir la rectitude du profil nasal. Si les os sont intéressés, on les fracture, au moyen de fortes pinces et on les comprend dans les lambeaux mobiles. Il y a parfois avantage à abaisser la pointe par un allègement des tissus qui la forment, lorsqu'il est impossible de redresser la base au delà d'une certaine limite. L'élasticité des cartilages sésamoïdes doit être parfois vaincue par plusieurs incisions sous-cutanées, afin d'empêcher la saillie disgracieuse des narines. La dimension du nez importe peu, la symétrie est le seul but à atteindre pour avoir un bon résultat. Après chaque opération, le chirurgien place une forme ou véritable moule externe, qui demeure en place sur le dos du nez, jusqu'à guérison complète; des supports internes provisoires peuvent être nécessaires, ils prennent leur point d'appui sur le plancher nasal. Trois conditions principales doivent être atteintes par ceux qui pratiquent ce genre d'opérations: 1° l'antisepsie et l'asepsie seront des plus minutieuses; car si la suppuration survient, les greffes échouent et la difformité s'aggrave; 2° le plan opératoire doit être réglé d'avance; 3° la cicatrisation, aussi importante que l'opération, doit être surveillée de très près et des changements fréquents ou modifications d'appareils seront exécutés suivant les besoins.

AUG. BENOIT.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Emploi de teinture de benjoin dans l'entérite aiguë. (*The British med. Journal*, 27 novembre 1897.) — POTTER conseille, dans les cas d'entérite fébrile avec diarrhées profuses, l'administration de teinture de benjoin dans de l'eau. Il fait donner cinq gouttes de teinture toutes les deux heures; si au bout de douze heures la diarrhée ne cesse pas, on doublera la dose. Dans tous les cas traités, la température devint normale au bout de vingt-quatre heures; la diarrhée s'arrêta et le malade éprouva un bien-être marqué.

L'auteur pense que la teinture agit par ses propriétés antiseptiques et antithermiques, et qu'elle se dépose en outre sous forme de vernis protecteur sur les points enflammés. E. VOGT.

Des retentissements des dyspepsies; des retentissements nerveux, par ALBERT ROBIN. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 décembre 1897.)

Vertige stomacal. — On attribue à tort, suivant M. Robin, le vertige stomacal à une auto-intoxication. Tout s'accorde, au contraire, pour faire de cet accident un simple phénomène réflexe.

Trousseau en a donné un traitement excellent, qui consiste à administrer, avant le repas, de la macération de quassia, et, après le repas, un paquet de magnésie et de bicarbonate de soude. La formule de Guéneau de Mussy est peut-être préférable:

Magnésie calcinée.....		30 centigr.
Craie préparée.....	àà	20 —
Bicarbonate de soude...		
Poudre de noix vomique.		3 —
Poudre de racine de belladone.....		2 —

Pour un paquet. Donner un paquet aussitôt après le repas.

Chez les individus très nerveux, la potion bromurée et éthérée sera le moyen palliatif à employer au moment de la crise vertigineuse.

Dans tous les cas, il faut insister sur la suppression absolue du tabac, sur le régime sec au premier déjeuner du matin; sur la cessation des occupations ordinaires, le séjour à la campagne et l'exercice progressif.

Dans quelques cas, le vertige cède à l'exonération régulière de l'intestin, d'où l'utilité des lavements quotidiens et des laxatifs.

Coutaret recommande le valérianate d'ammoniaque et les bols antispasmodiques de Buchon:

Serpentaire de Virginie.		4 grammes.
Camphre pulvérisé.....	àà	50 centigr.
Asa fœtida.....		
Extrait thébaïque.....		5 —
Rob de sureau.....		Q. s. pour faire vingt-quatre bols.

Donner trois ou quatre bols toutes les dix heures.

Migraines, névralgies. — Quand l'accès de migraine est commencé, il ne cède qu'à un vomissement du contenu hyperacide de l'estomac. Mais à ses premières manifestations, on peut l'arrêter, soit en avalant un paquet de poudre composée à la magnésie, soit en prenant un des cachets suivants:

Antipyrine	)	
Bromure de potassium	)	ää 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne		1 —
Caféine		2 —
Poudre de paullinia sorbilis.		30 —

En un paquet ou en un cachet.

Le lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy sera réservé pour les cas rebelles.

Quant aux névralgies, elles ne résisteraient pas aux injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude.

Neurasthénie gastrique. — A. Robin prescrit d'abord le port d'une ceinture hypogastrique, puis les injections sous-cutanées de glycérophosphate. En désespoir de cause, suppression de tout traitement médicamenteux, s'en tenir à l'hygiène, au régime et à la médication par les agents physiques.

Dans les cas graves, il faut employer le traitement systématique de Weir-Mitchell (de Philadelphie), qui consiste essentiellement : 1° à mettre les malades au lit pendant des mois entiers, en leur interdisant tout mouvement; 2° à les isoler; 3° à les masser d'une façon spéciale; 4° à les suralimenter; 5° à faradiser tout le système musculaire.

Hypocondrie gastrique. — Outre l'hygiène et le régime applicables à la dyspepsie causale, il faut stimuler les fonctions hépatiques et intestinales avec des laxatifs cholagogues, tels que l'évonymine, le calomel, les pilules bleues :

Evonymine	1 gramme.
Extrait de jusquiame	20 centigr.
Savon amygdalin	1 gramme.

Pour vingt pilules. Prendre une ou deux pilules en se couchant.

Insister sur les grands lavements quotidiens à l'eau froide.

Tonifier le système nerveux à l'aide des glycéro-phosphates en injections sous-cutanées.

L'hypocondrie gastrique réclame les cures de Carlsbad, Brides ou Châtel-Guyon.

Toux gastrique, hoquet, spasme laryngé, bâillements. — Le bromoforme, la belladone, la jusquiame, l'opium, le datura, et, dans les cas rebelles, le cyanure de potassium, formeront les éléments des prescriptions :

Extrait de belladone	)	
— de jusquiame	)	
— de datura	)	ää 1 centigr.
— thébaïque	)	
Camphre		5 —
Sirop de gomme		Q. s.

F. s. a. une pilule à prendre matin et soir, augmenter progressivement jusqu'à quatre pilules par jour.

Bromoforme	30 gouttes.
Alcool à 90°	25 grammes.
Teinture de noix vomique	40 gouttes.
Alcoolature de racine d'aconit	40 —
Teinture de belladone	30 —
— de bryone	30 —
Sirop de codéine	25 grammes.
Sirop de cerises	Q. s. pour faire 200 centimètres cubes.

F. s. a. sirop. Prendre de deux à quatre cuillerées à dessert par vingt-quatre heures, aussi loin que possible des repas.

Cyanure de potassium		5 centigr.
Sirop de morphine	)	
Sirop de fleurs d'oranger	)	ää 75 grammes.

F. s. a. sirop. Une cuillerée à café toutes les heures, sans dépasser le tiers de la dose ci-dessus en vingt-quatre heures.

Insomnie. — La meilleure manière de combattre l'insomnie est d'empêcher la crise gastrique qui provoque le réveil nocturne.

Au moment de celui-ci, le patient prendra un des cachets composés à la magnésie.

Le repas du soir sera très léger et ne comprendra pas d'aliments azotés; le tabac sera supprimé; on ne travaillera pas avant de se mettre au lit; on évitera le thé, le café et toute boisson alcoolique; on prendra chaque matin un grand lavement à l'eau tiède et un laxatif léger tel que :

Sulfate de soude	7 grammes.
— de magnésie	3 —

En un paquet. Faire dissoudre dans un demi-verre d'eau tiède.

Ajouter un peu d'eau de Seltz au moment d'ingérer.

Comme hypnotique direct, A. Robin conseille le suppositoire ci-dessous :

Poudre d'opium brut	10 centigr.
Beurre de cacao	Q. s.

F. s. a. un suppositoire.

A. Robin conseille encore le sirop composé ci-dessous :

Bromure de potassium	4 grammes.
Hydrate de chloral	2 —

Dissolvez dans eau distillée :

Extrait de jusquiame Extrait de cannabis indica..... Extrait thébaïque...	ãã 10 centigr.

Dissolvez dans :

Alcool à 90°..... 8 grammes.

F. s. a. les deux solutions et ajoutez :

Sirop d'écorces d'oranges amères..... 100 grammes.

Prendre une grande cuillerée en se couchant.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement médical du torticolis mental, par E. Feindel. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, n° 6, novembre et décembre 1897.) — Brissaud désigne sous le nom de torticolis mental une névrose présentant, comme symptôme unique, un torticolis spasmodique, sans lésion organique quelconque.

La cause musculaire de l'attitude du torticolis est le spasme tonico-clonique des muscles rotateurs de la tête. Les malades peuvent, par un effort de la volonté, s'opposer, au moins quelques instants, à la rotation de la tête : il pouvait également, grâce à un artifice, par exemple avec l'aide de la main, s'opposer à la déviation ou ramener dans la rectitude la tête déviée.

Brissaud repousse le traitement chirurgical et conseille, comme moyens thérapeutiques, la gymnastique et la psychothérapie. La méthode, résumée par Feindel, consiste en *exercices d'immobilité* et *exercices de mouvement*.

1° *Exercices d'immobilité.* — Au début, le malade est assis, la tête maintenue ; plus tard, toujours assis, il est seulement adossé, les bras ballants ; encore plus tard, il est debout ; puis il marche, s'évertuant toujours à maintenir sa tête dans la rectitude. Se reposer au moindre signe de fatigue.

2° *Exercices de mouvement.* — Faire tourner la tête à droite, à gauche, la faire s'incliner sur une épaule, etc. Modifier et augmenter les difficultés à mesure que l'amélioration devient plus marquée. Les mouvements doivent être faits lentement, doucement, sans secousse.

Les séances, de durée variable, se répéteront de cinq à six fois dans la journée; elles auront lieu tous les jours aux mêmes heures.

R. Semelaigne.

Traitement de l'insomnie. (*Réunion de la British medical Association*, à Montréal, septembre 1897.) — Charles K. Clarke, superintendant de l'asile d'aliénés de Kingston (Ontario), est opposé en principe au traitement pharmaceutique pur. Il l'a pourtant vu quelquefois réussir au début de ces cas d'insomnie si fréquents dans la manie aiguë; mais, si l'amélioration ne survient pas rapide, ce mode de traitement peut devenir nuisible. Il faut plutôt s'efforcer de ramener la tension artérielle à l'état normal. Les bains chauds de vingt minutes de durée, avec applications froides sur la tête, réussissent fort bien; parfois même les malades s'endorment dans le bain. Une tasse de lait chaud ou un grog, administrés au moment du coucher, valent souvent mieux que plusieurs doses de chloral. Si la pression sanguine est abaissée comme dans l'insomnie des neurasthéniques, on recourra au massage, aux frictions, aux douches,

Regnold Welb Wilcox (de New-Vork) considère uniquement l'insomnie comme un symptôme. Ce n'est donc pas au seul symptôme, mais à la cause qu'il faut s'attaquer.

M. Phedran insiste sur le danger de certains hypnotiques. Une faible dose de chloralose a suffi pour produire un collapsus d'une heure de durée. Le sulfonal peut occasionner la mort, surtout chez les sujets constipés. L'usage continu du trional provoque des troubles de la parole, de l'ouïe, de la vue, amène la perte de la mémoire et l'ataxie des mouvements. De graves désordres ont parfois suivi l'emploi de la paraldéhyde à hautes doses. Il faut donc recourir rarement aux hypnotiques et ne donner que la dose thérapeutique minimum.

R. Ferguson, de la Western University, sépare les hypnotiques en deux classes : ceux qui favorisent et ceux qui produisent le sommeil, ceux qui diminuent l'excitabilité nerveuse et ceux qui engourdissent le système nerveux.

Pour Charles Richet (de Paris), le chloralose engourdit le cerveau et excite la moelle; une dose de 10 à 50 centigrammes produit le sommeil, régularise et affermit la circulation cardiaque.

Donald Mac-Allister (de Cambridge) a rencontré beaucoup d'étudiants chez qui l'excès de travail, joint à la crainte d'un échec, avait déterminé l'insomnie. La première indication est de n'influencer en rien l'activité mentale ou la

mémoire. Force est donc de renoncer aux hypnotiques, à moins de surmenage complet.

Pour Robert Saundby le chloral et le sulfonal sont les hypnotiques les plus sûrs, et l'on a beaucoup exagéré leurs dangers. Le chloral peut se combiner avec la teinture de digitale, par parties égales ; il est très efficace contre l'insomnie de la fièvre typhoïde et du delirium tremens. Contre l'insomnie des dyspeptiques, qui survient deux ou trois heures après le coucher, on peut donner avec succès le bicarbonate de soude et l'eau de menthe.

Learned (de Northampton, Massasuchets) décrit une méthode pour provoquer le sommeil, qu'il a expérimentée sur lui-même avec succès. Les bras sont étendus vers le dossier du lit, les inspirations réduites à six par minute, et la tête maintenue à environ un pouce au-dessus de l'oreiller jusqu'à ce la chose devienne impossible. Alors on tient le bras droit levé jusqu'à ce qu'on soit obligé de l'abaisser. On peut encore recourir à diverses autres positions forcées qui provoquent invariablement le sommeil. Le principal obstacle est un effort considérable, tant mental que physique.

J.-A. Campbell (de Carlisle) a de moins en moins recours aux hypnotiques, hormis dans certains cas : par exemple lorsqu'un aliéné, atteint d'insomnie, empêche les autres de dormir. En règle générale, le meilleur des hypnotiques est l'exercice au plein air.

W.-S. Muir a eu de bons résultats avec l'hydrate de chloral, qu'il combine avec la digitale dans le delirium tremens. Le bromure de potassium et la paraldéhyde sont aussi de bons hypnotiques ; de même le sulfate de duboisine. Mais tout médecin prudent doit d'abord se rendre un compte exact de l'état de l'estomac et des reins.

J.-O. Brookhouse (de Nottingham) considère l'influence morale, le grand air, un exercice régulier, et un régime approprié, comme préférables à n'importe quel médicament. Dans le cas où les hypnotiques se trouveraient absolument indiqués, il donne la préférence à un mélange de morphine, de chloral et de bromure de sodium.

W. Whitle signale une forme particulière d'insomnie. Certaines personnes se couchent, s'endorment vite et s'éveillent presque aussitôt. Il s'agit d'individus aux larges épaules, et la seule cause de l'insomnie réside dans la forme de l'oreiller. Les oreillers cunéiformes sont alors indiqués.

Andrew H. Smith (de New-York) a employé avec succès, contre l'insomnie du delirium tremens, la poudre de capsicum sous forme de bol.

R. Semelaigne.

Kinésithérapie du tabes. (*Société de médecine interne de Berlin*, 3 janvier 1898.) — La Société, à laquelle Jacob avait présenté un travail sur la kinésithérapie du tabes a soumis la méthode à une discussion approfondie.

La *méthode de Blondel et de Gilles de la Tourette* a donné à Eulenburg de bien meilleurs résultats qu'à Jacob, car on obtient avec elle des améliorations marquées au point de vue des douleurs fulgurantes, des anesthésies, des troubles des fonctions génito-urinaires. La kinésithérapie complète cette méthode, mais ne saurait la supplanter entièrement.

Stadelmann a observé quelques bons résultats avec le traitement antisiphylitique du tabes, qui a si souvent échoué entre les mains de la plupart des auteurs.

Zabludowski attribue une grande importance aux manipulations faites par le médecin : le massage exerce une action hypnotique locale. On y ajoutera des mouvements de gymnastique de résistance. On instituera un traitement par étapes, avec temps de repos plus ou moins prolongés.

Goldscheider, contrairement à Jacob, pense que la kinésithérapie du tabes est simple et facile à exécuter : il n'est donc point besoin de recourir à des spécialistes : les appareils compliqués sont superflus et ont l'inconvénient de faire croire aux malades que la complication instrumentale est nécessaire, d'où l'envahissement du domaine thérapeutique par un personnel non compétent, suivi de mauvais résultats dont la méthode elle-même pâtira.

V. Leyden se félicite de la voie nouvelle dans laquelle est entré le traitement du tubes : il y a peu de temps encore, ces malades ne recevaient aucun soin de ce genre. Le traitement spécifique n'a jamais rien donnée et a détourné pendant longtemps l'attention des praticiens de la méthode actuellement préconisée par Frænkel, dont l'orateur a déjà recommandé en 1876 le principe sous forme de mouvements musculaires à exécuter par les malades. Leyden ne peut en revanche admettre que l'extension forcée de la moelle puisse agir favorablement sur des processus dégénératifs.

Kann met en garde contre la tendance consistant à mettre en parallèle la gymnastique suédoise et la méthode de Frænkel ; cette dernière, qui décompose les mouvements exécutés par plusieurs groupes musculaires en leurs éléments primaires, s'adresse au système nerveux qu'elle tonifie, tandis que la gymnastique suédoise fatigue le système musculaire et est contre-indiquée dans le tabes. Les appareils sont nécessaires, car ils inspirent un certain respect au malade qui prend bien davantage son traitement au sérieux.

E. Vogt.

Comment faut-il traiter la migraine? par E. Hirtz. (*Journal des Praticiens*, n° 50, p. 785, 1897.) — Pour les anciens, la migraine était un ennemi qu'il fallait ménager. En réalité, il faut traiter la migraine.

L'antipyrine ou analgésine est actuellement le remède le plus employé. Les doses sont pour ainsi dire individuelles. Tel sujet est soulagé par une dose de 25 centigrammes; tel autre a besoin de prendre 1 gramme, voire 2 et 3 grammes. Il faut se garder des fortes doses. M. Hirtz a vu un homme de 50 ans, artério-scléreux, pris à la suite de l'usage prolongé de 2 grammes d'analgésine, d'un vertige cérébelleux qui ne cessa qu'avec la suppression de l'analgésine.

L'estomac tolère plus facilement l'analgésine, lorsqu'on y ajoute 50 centigrammes de bicarbonate de soude. Lorsque l'état nauséeux est très accentué, on peut administrer l'antipyrine dans un quart de lavement, avec six gouttes de laudanum.

Avant la vogue si justifiée de l'analgésine, on prescrivait fréquemment la caféine soit en potion, soit en injection sous-cutanée :

Caféine.....	ää 14 grammes.	
Benzoate de soude....		
Eau de menthe.....	250	—

On donnera une cuillerée à café toutes les deux heures de cette potion, jusqu'à trois ou même quatre cuillerées, chacune représentant 25 centigrammes de caféine.

La même dose se trouvera dans une seringue de Pravaz, avec la formule d'injection hypodermique ;

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude.....	2 — 95
Eau distillée.....	Q. s. p^{r} 10^{cc}

Si le sujet est rebelle à l'analgésine, on pourra essayer successivement d'autres médicaments, comme l'acétanilide ou antifébrine. Il sera prudent de ne les donner qu'à doses fragmentées par petits cachets de 20 ou 25 centigrammes, jusqu'à cinq ou six cachets par jour. On aura soin de ne jamais dépasser 2 grammes.

La phénacétine a l'avantage d'être d'une toxicité presque nulle et de provoquer bien plus rarement que l'analgésine des éruptions et des symptômes d'intolérance.

On la prescrira par cachets de 25 ou 30 centigrammes, jusqu'à quatre ou cinq par jour.

G. Lyon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Chargé d'un cours auxiliaire à la Faculté.
Ancien prosecteur.

L'eucaïne comme anesthésique local dans la chirurgie du pharynx, du nez et des oreilles. (*The British med. Journal*, 27 novembre 1897.) — Jobson Horne et Macleod Yearsley donnent les résultats de cent eucaïnisations pratiquées par eux jusqu'à ce jour, et attirent l'attention sur les détails suivants :

1° *Titre de la solution.* — Les auteurs ont utilisé des solutions à 2, 5 et 8 0/0 en instillations (oreille), en badigeonnages (pharynx), sous forme de tampons d'ouate imbibés de solution (nez). L'anesthésie est aussi efficace que celle de la cocaïne : on n'observa d'action dépressive sur la circulation que dans trois cas. L'hyperémie consignée comme constante par d'autres auteurs, et qui est surtout marquée quand on anesthésie les cornets, a été dans quelques cas remplacée par une ischémie légère. Les hémorragies post-opératoires ont toujours été plus faibles que celles consécutives à l'emploi de la cocaïne. La sécrétion salivaire est augmentée sous l'influence de l'eucaïnisation. Les malades qui furent anesthésiés successivement par la cocaïne et l'eucaïne ont tous déclaré préférer la seconde à la première.

L'eucaïne pure étant peu soluble dans l'eau, on recourra de préférence à son chlorhydrate, soluble dans dix parties d'eau.

2° *Rapidité et intensité d'action.* — Le mode d'emploi est fort important, et les insuccès enregistrés jusqu'ici tiennent à la non observation de certaines règles opératoires.

Quand il s'agit d'anesthésier l'oreille, il suffit d'instiller quelques gouttes dans le conduit, en faisant pencher la tête du malade. L'emploi du tampon d'ouate est contre-indiqué. Il faut bien nettoyer la surface à anesthésier, car le pus et les sécrétions s'opposent à l'action anesthésique.

S'il s'agit des cavités nasales, le tampon d'ouate imbibé d'eucaïne, exactement déposé sur le champ opératoire, constitue la méthode de choix. Pour le pharynx, on badigeonnera avec des tampons de coton; pour le larynx, on se servira d'une seringue et on instillera quelques gouttes sur le point à anesthésier. Les auteurs n'emploient jamais de pinceaux.

3° *Action sur la circulation.* — L'hyperémie eucaïnique est passagère, et est suivie d'ischémie peu marquée.

4° *Effets consécutifs.* — Ces effets sont beaucoup moins désagréables que ceux que provoque la cocaïne, et durent une heure au plus. L'action toxique est manifestement inférieure à celle de la cocaïne, car il n'est jamais arrivé aux auteurs de suspendre une eucaïnisation, pour cause d'idiosyncrasie, alors qu'avec la cocaïne des accidents de ce genre ont été notés par plusieurs auteurs.

E. Vogt.

Résultats favorables obtenus, dans un cas d'obstruction de la trachée par accumulation de membranes diphtériques, par l'introduction d'huile créosotée à travers la canule, chez un trachéotomisé. (*The British med. Journal*, 27 novembre 1897.) — Ewart et Hubert, en présence d'un cas de dyspnée intense chez un trachéotomisé âgé de 2 ans et 4 mois, instillèrent dans la canule quelques gouttes d'huile créosotée à 1 : 20, toutes les demi-heures : l'imbibition des membranes par l'huile facilita l'écouvillonnage, et la créosote, en produisant de l'irritation trachéale, provoqua de violents accès de toux suivis de l'expulsion de fausses membranes en quantités considérables. La méthode est d'application facile et peut être exécutée par une garde expérimentée. La créosote présente en outre probablement une action salutaire sur les processus broncho-pneumoniques.

L'huile non créosotée ne provoque pas d'accès de toux, aussi ne rend-elle pas les mêmes services que le mélange préconisé par les auteurs.

E. Vogt.

Emploi du chloroforme en cas d'amygdalotomie. (*Société médicale de Liverpool*, séance du 16 décembre 1897.) — Permewan considère qu'il est dangereux de se servir de chloroforme quand il s'agit d'enlever une amygdale : dans les rares cas où cette opération exige l'emploi d'un anesthésique, l'orateur donne la préférence au protoxyde d'azote. Les dangers du chloroforme proviennent surtout de l'obligation de maintenir le malade couché, d'où possibilité d'irruption de sang dans la trachée.

Dans le cours de la discussion qui a suivi cette communication, Rawdon a déclaré que l'emploi du chloroforme, à condition de ne pas chercher à obtenir un sommeil profond, n'offrait aucun inconvénient. Bark a fait ressortir que, dans l'immense majorité des cas, les grosses amygdales s'accompagnaient, chez l'enfant, de végétations adénoïdes, et que l'indication principale consistait à enlever ces dernières, sous le chloroforme, quitte à pratiquer en même temps l'ablation des tonsilles dans certains cas. Fingland enfin a mis en garde contre les dangers de la position assise que certains opérateurs donnent aux enfants à chloroformiser en vue d'une opération intéressant la cavité pharyngienne ou les amygdales.

E. Vogt.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux.

Traitement radical du lupus. (*Société dermatologique de Berlin*, séance du 7 décembre 1897.) — Buschke ne se montre pas partisan du traitement palliatif du lupus ; le traitement radical seul peut donner quelque satisfaction. L'auteur préconise l'extirpation des territoires cutanés atteints, suivie de l'emploi de la méthode de Thiersch pour recouvrir la perte de substance. L'opération sera effectuée en deux temps, et l'on pratiquera l'antisepsie la plus minutieuse, surtout quand il s'agira de la transplantation de peau saine sur la plaie. Pour reconnaître nettement les parties atteintes, la tuberculine ancienne de Koch est indispensable. Le lupus serpigineux se prête fort bien à l'application de cette méthode de traitement, qui trouve moins d'indications quand il existe des foyers disséminés.

Même dans les cas où l'extirpation totale est impossible, on se trouvera bien d'une extirpation partielle.

E. Vogt.

Traitement de l'acné vulgaire et de l'acné rosacea. (*Der Ærtzl. Praktiker*, 15 novembre 1897.) — Jessner n'accorde que peu de confiance à la médication interne dans les cas d'acné, en dehors des préparations à base de soufre, l'ichtyol surtout. Ce dernier médicament sera administré en capsules ou en pilules contenant 15 centigrammes d'ichtyol, et de la poudre et du suc de réglisse comme excipient. On prescrira deux à quatre pilules à la fin de chaque repas.

Acné vulgaire. — Le traitement local des pustules par les scarifications ne devra jamais laisser de cicatrices : après chaque séance, on appliquera des compresses trempées dans une solution de lysol à 1/2 0/0.

La nuit, on appliquera une pommade contenant 10 0/0 de soufre précipité, de résorcine très pure, d'acide salicylique; on pourra ajouter à la formule du savon noir ou du carbonate de potasse. On obtient ainsi un effet irritant plus ou moins intense : le matin on enlève à l'eau savonneuse ou à la benzine toute la pommade et on applique un onguent rafraichissant.

Au bout d'un temps variable, ce traitement aura provoqué une inflammation substitutive intense, s'accompagnant de desquamation : à ce moment, on appliquera une couche, épaisse la nuit, légère le jour, d'une des deux pommades suivantes :

1° Ichtyol		40 centigr.
Oxyde de zinc	ââ	5 grammes.
Amidon		
Vaseline ad		20 —

Usage externe.

2° Oxyde de zinc		15 grammes.
Huile d'olives pure		10 —

Usage externe.

On se bornera alors à nettoyer une fois par jour la peau à la benzine, et l'on continuera ainsi jusqu'à ce que la peau soit devenue pâle et lisse : on recommencera alors une nouvelle série d'applications comme ci-dessus, jusqu'à ce que l'acné ait entièrement disparu. Il va sans dire que les formules varieront avec l'intensité de l'affection.

Sur le dos, on pourra appliquer avec une brosse rude la solution de Vlemynx.

Acné rosacea. — Supprimer radicalement l'alcool, car les demi mesures ne donnent aucun résultat. Si l'acné est du type artériel, le traitement de l'acné vulgaire pourra lui être appliqué : on pourra y ajouter l'emploi de compresses trempées d'eau aussi chaude que possible après les repas. Si l'acné est du type veineux, il faut procéder avec la plus grande énergie. Au moment de se coucher, le malade frictionne les parties atteintes avec un linge rude et les recouvre ensuite d'une des deux pommades suivantes :

1° Naphtol		1 gramme.
Soufre lavé,		4 —
Vaseline	ââ	2 gr. 50.
Savon noir		

Usage externe.

2° Résorcine très pure		3 à 5 grammes.
Oxyde de zinc	ââ	1 —
Amidon		
Vaseline jaune		5 —

Usage externe.

La peau rougit et devient turgescente : en général, une seule application pendant une nuit suffit pour préparer la desquamation *in toto* de la région traitée. Applications consécutives de la pâte d'oxyde de zinc et huile d'olives (*voir plus haut*). On peut aussi badigeonner à la colle de zinc. Une fois la desquamation obtenue, on fait des savonnages et quelques applications d'onguents à l'ichtyol (2 0/0). On est toujours obligé de reprendre le cycle thérapeutique décrit, pour obtenir la guérison définitive.

Les cas rebelles à cette médication sont justiciables des scarifications, pour lesquelles le scarificateur de Lassar, avec anesthésie préalable au chlorure d'éthyle, est à recommander.

E. Vogt.

Traitement opératoire de quelques cas de syphilis tertiaire. (*The British med. Journal*, 27 novembre 1897.) — Watson Cheyne rappelle que certaines formes rebelles de syphilis tertiaire résistent absolument au traitement classique, et il cite deux cas dans lesquels l'intervention opératoire amena la guérison.

Dans un cas de syphilide serpigineuse de la joue, l'auteur, désespérant d'obtenir aucun résultat par les méthodes thérapeutiques courantes, procéda à l'ablation de l'ulcération, grande comme une pièce de 2 francs. La guérison fut obtenue et se maintint : ce cas remonte à une dizaine d'années. L'examen au microscope démontra qu'on n'avait pas eu affaire à des lésions tuberculeuses ou cancéreuses.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 44 ans, qui présentait, dans la région des extenseurs de chaque bras, une vaste ulcération spécifique. Le traitement antisyphilitique amena une amélioration considérable, mais il ne fut pas possible d'obtenir une guérison complète : bien plus, au bout de quelque temps, on vit les deux ulcères symétriques gagner de nouveau en extension. L'inoculation à des animaux démontra l'absence d'intoxication tuberculeuse.

Watson Cheyne se décida, en cette occurrence, à une intervention sur le bras droit. La plaie fut recouverte de greffes par la méthode de Thiersch. Toutes les greffes prirent et la guérison fut obtenue en trois semaines.

Au bout de six mois, le bras gauche, amélioré quelque peu par le traitement spécifique, présenta une nouvelle poussée, s'accompagnant de violentes douleurs. On procéda à une intervention opératoire semblable à celle du bras droit, avec résultat identique.

L'auteur conseille ensuite, dans la syphilis osseuse, par exemple en cas de nécrose du

frontal, d'enlever les parties osseuses du pourtour de la lésion, car elles se présentent toujours dans un état de condensation qui rend difficile la circulation sanguine dans les points malades. Dans les cas d'ostéite condensante avec douleurs ostéocopes résistant à l'action de l'iodure, il y aura lieu aussi de pratiquer l'ostéotomie.

L'auteur se propose en outre, en présence d'une gomme du palais ulcérée, de procéder à un curettage du pourtour de la plaie; il pense qu'en combinant l'intervention chirurgicale à un traitement interne énergique, les effets curatifs seront beaucoup plus rapides.

L'emploi actuellement préconisé des injections hydrargyriques dans les cas rebelles de ce genre, n'est pas mentionné au cours de ce travail.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Traitement de l'urétrite chronique aseptique par les hautes dilatations, par F. Legueu. (*Journal des Praticiens*, n° 48, p. 753, 1897.) — Dans cet article Legueu vise uniquement le traitement de l'urétrite chronique antérieure qui présente comme intensité des variations sans nombre; depuis le filament unique, léger, flottant dans le premier verre jusqu'à la suppuration totale, continue et complète, il est une série d'intermédiaires. A son degré le plus accentué, la suppuration se manifeste la nuit comme le jour, et dans l'intervalle de chaque miction; à un degré moindre, la goutte n'existe que le matin au réveil, alors que depuis cinq, six ou sept heures au plus, l'urètre n'a pas été balayé par le flot de l'urine. C'est la forme la plus habituelle. Au-dessous, la goutte n'est plus seulement constante, elle ne vient que par intermittence. Enfin le filament dans l'urine reste le dernier terme, le degré le plus atténué de la suppuration de l'urètre. Ces quatre étapes se succèdent ou se remplacent successivement suivant les phases que traverse la maladie. Quand elle guérit, elle traverse à rebours les quatre stades signalés; mais si la guérison se fait spontanément, dans quelques cas, au bout de quelques semaines, il est des cas beaucoup plus nombreux où l'urétrite persiste, rebelle aux traitements habituels.

Le traitement rationnel de ces urétrites doit s'adresser à la lésion. Or la lésion n'est pas superficielle ou exclusivement superficielle; la couche muqueuse, la couche sous-muqueuse sont atteintes; tout traitement qui n'aura en vue que la cautérisation des points de la muqueus atteints par l'inflammation restera forcément insuffisant. Si dans un urètre ainsi enflammé on introduit une boule exploratrice (n° 23 ou 25 de la filière Charrière) on constate qu'en un ou plusieurs points, dans la traversée périnéale surtout, l'urètre a perdu de sa souplesse; la boule rencontre par place des points localisés où existe de l'induration. En ces points il y a une infiltration de la paroi urétrale tout entière; cette paroi, y compris le tissu spongieux, est infiltrée d'un tissu embryonnaire, qui bientôt se transforme en un tissu fibreux, dur et sclérosant; à ce niveau l'épithélium est épaissi, stratifié et kératinisé dans ses couches superficielles; ces lésions (Hallé et Wassermann) constituent la première étape des transformations qui de l'urétrite conduisent au rétrécissement.

Dans la sécrétion on trouve, à côté de leucocytes en petit nombre, une grande quantité de cellules épithéliales, kératinisées et desquamées; elle est donc la manifestation extérieure fidèle de la lésion.

Les cautérisations localisées agissent sur la lésion superficielle; mais, employées seules, elles échouent souvent parce qu'elles ne s'adressent pas à toute la lésion. Il faut leur associer la dilatation. Autrefois on employait la dilatation avec de gros Béniqués n°s 53 et 55. En Allemagne, Oberlænder et Kollmann ont récemment reculé plus loin les limites de la curabilité de ces urétrites chroniques en portant à un niveau bien supérieur la dilatation de l'urètre, et en réalisant le « massage cavitaire ».

A l'aide d'un instrument spécial, ces auteurs forcent la dilatation jusqu'à un niveau maximum qui correspondrait au 90 Béniqué. On n'arrive à ce résultat que lentement et à l'aide de séances répétées, échelonnées tous les quinze jours.

Cette méthode a donné les meilleurs résultats à Legueu qui cependant ne pousse pas la dilatation aussi haut que le font Oberlænder et Kollmann, car cette dilatation excessive n'est obtenue qu'au prix de déchirures partielles ou limitées de la muqueuse. Legueu ne dépasse guère le n° 75 comme dilatation maxima. La disposition de l'instrument de Kollmann est telle que la dilatation ne porte que sur la partie introduite dans l'urètre, et respecte le méat. L'instrument est introduit fermé (il a le calibre d'un Béniqué 40) et muni d'une gaine de caoutchouc stérilisé jusqu'au cul-de-sac du bulbe; une fois qu'il est

en place, on l'ouvre, au moyen d'une vis que l'on tourne, et l'instrument opère la dilatation au moyen de quatre tiges mobiles qui s'écartent de l'axe central. On peut aller vite au n° 50, mais au delà, on tourne doucement en appréciant à chaque instant les sensations de tension qu'éprouve le malade. Dès que le malade souffre, on s'arrête ; puis, on reprend, quand la douleur disparaît, c'est-à-dire, au bout de deux minutes en moyenne. On monte ainsi lentement, de manière à gagner tout au plus en une séance cinq à six dixièmes, et à atteindre en dix ou douze séances le maximum voulu de la dilatation. Les séances sont répétées tous les dix ou quinze jours.

Lorsque la limite de dilatation est obtenue, chaque séance consiste à revenir au point maxima.

Après chaque séance, il y a, dans les quelques heures qui suivent, une sécrétion considérable de l'urètre, il s'écoule un liquide muqueux, légèrement teinté en rouge et qui cesse en général au bout de trois jours.

Dans l'intervalle des séances, Kollmann fait des lavages au nitrate d'argent ou à l'eau boriquée ; Legueu laisse l'urètre complètement au repos. Il pense que le procédé se comporte comme un véritable massage, qu'il agit à la fois sur les lésions superficielles épithéliales et sur les lésions profondes ; qu'il favorise la chute et la desquamation d'un épithélium kératinisé et facilite la résorption des infiltrations interstitielles.

La résorption est d'autant plus facilement et plus rapidement obtenue que les lésions seront plus jeunes et encore embryonnaires.

Contre les lésions fibreuses et sclérosantes, la méthode est inefficace.

G. Lyon.

Traitement de la blennorrhagie aiguë par le protargol. (*München. med. Wochenschrift*, n°s 45 et 46, 1897.) — Barlow a institué des expériences avec le protargol, combinaison organique d'argent, se présentant sous l'aspect d'une poudre impalpable jaune clair, contenant 8 0/0 d'argent, facilement soluble dans l'eau froide, la glycérine, les solutions albumineuses. Le chlorure de sodium ne précipite pas l'argent des solutions de protargol ; ces propriétés décidèrent le Pr Neisser à utiliser le produit nouveau dans le traitement de la blennorrhagie ; les résultats ont été très favorables.

Barlow, s'appuyant sur ces recherches, a traité tous ses blennorrhagiques par le protargol, et cela dès la première constatation des symptômes caractéristiques (après examen bactériologique). Les malades ont fait trois injections par jour ; dans quelques cas, chaque injection eut une durée de trente minutes, cette injection prolongée se fait de la façon suivante : on injecte une seringue pleine, le liquide est gardé pendant cinq à dix minutes, puis évacué et remplacé de suite par une nouvelle dose, jusqu'à l'expiration de trente minutes. Dans plusieurs cas, une seule injection prolongée de protargol par jour, associée à deux injections astringentes, a suffi pour obtenir l'effet cherché. Les seringues avaient une capacité de 10 à 15 centimètres cubes.

Les solutions de protargol de 0,25 à 1 0/0, en débutant par la solution faible et arrivant progressivement à 1 0/0 au cours du traitement, sont fort bien supportées et ne provoquent pour ainsi dire aucune irritation : la méthode semble s'opposer au passage de l'inflammation dans l'urètre postérieur, car les cas d'urétrite postérieure deviennent très rares quand on l'emploie.

Dans les cas où le gonocoque avait envahi l'urètre postérieur, l'auteur s'est servi avec succès de la méthode des grands lavages au protargol à 1 : 1000 ou 1 : 2000.

En résumé, le protargol présente de grands avantages, car il n'est pas irritant et prévient, si on l'emploie sous forme d'injections prolongées, l'envahissement de l'urètre postérieur.

E. Vogt.

Du cathétérisme chez les prostatiques, par Desnos. (*Journal des Praticiens*, n° 49, p. 780, 1897.) — L'évolution du prostatisme se divise au point de vue clinique en trois périodes : période de dysurie sans rétention, de rétention incomplète, de rétention avec distension.

A la *première période* pas de cathétérisme, à moins que la vessie ne soit infectée. Le traitement est alors celui de la cystite concomitante. (lavages avec une solution boriquée ou une solution de nitrate d'argent, de permanganate, etc., instillations dans les cas intenses).

A la *deuxième période*, d'une manière générale il faut sonder. Si l'urine est purulente, il faut l'évacuer, puis après chaque cathétérisme, pratiquer un lavage ; c'est le plus souvent au nitrate d'argent (de 1/1000 à 1/500) et au permanganate de potasse (de 1/4000 à 1/1000) qu'on s'adressera.

Quand la vessie n'est pas infectée, on doit encore sonder les prostatiques à la deuxième période, si la quantité d'urine est assez considérable ou si les symptômes sont intenses.

La *dernière période du prolapsus* est la plus délicate à traiter. S'il s'agit d'un vieillard très affaibli, cachectique, dont l'appétit est perdu depuis longtemps, dont la langue est sèche et ligneuse,

si, d'autre part, le malade ne souffre pas beaucoup de la vessie, il vaut mieux tâcher de relever ses forces par un traitement général que de le sonder.

Dans les conditions inverses si le malade accuse des douleurs, s'il urine en abondance et si son état général est relativement satisfaisant, on peut le sonder.

Les instruments à employer sont : la sonde de caoutchouc rouge, les sondes de gomme en forme béquille n^os^ 17 à 22. La sonde de métal, dite de poche, est à rejeter.

Pour aseptiser la sonde de caoutchouc, il suffit de la faire bouillir dans de l'eau pendant dix minutes, la laisser dans le vase où elle aura bouilli et ne pas l'essuyer avant de s'en servir.

Pour la sonde de gomme on peut la maintenir pendant quelques minutes au milieu de la vapeur d'eau bouillante, ou y faire passer un courant d'eau, ou encore en frictionner énergiquement les parois avec un tampon imbibé d'une solution de sublimé, d'éther ou d'une solution phéniquée forte, etc. ; mais dans ce cas, on la trempera avant de s'en servir dans une solution d'eau boriquée ou dans de l'eau bouillie. Pour la graisser, on se servira d'huile de vaseline ou d'olive portée à l'ébullition quelques moments auparavant.

Un lavage boriqué sera pratiqué dans l'urètre antérieur, avant le cathétérisme.

On doit toujours se servir d'abord de la sonde de Nélaton ; quatre fois sur cinq elle passera facilement, au cas contraire on introduira une sonde béquille. L'urine doit s'écouler lentement, et il ne faut jamais mettre la vessie à sec par un premier cathétérisme ; dès que le jet diminue il faut arrêter l'évacuation.

Avant de retirer la sonde il est bon d'injecter et d'abandonner dans la vessie une petite quantité d'eau boriquée. On n'arrivera à faire l'évacuation complète qu'à la quatrième ou la cinquième séance.

Le lavage de la vessie doit être fait uniquement si les urines sont purulentes ; on fait des irrigations à l'aide de la solution boriquée dont on injecte 30 à 40 grammes chaque fois et qu'on laisse ressortir immédiatement.

Dès que le liquide revient limpide, il faut s'arrêter. Souvent, lorsqu'il y a infection, la solution boriquée ne suffit pas, le nitrate d'argent et le permanganate de potasse doivent être employés.

G. Lyon.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Emploi de l'acide lactique dans le traitement de l'endométrite, par Vladimir Ilkewitsch. (*Centralb. für Gyn.*, n° 43, 30 octobre 1897.) — L'auteur a basé cette médication sur le fait, déjà connu, de la présence de l'acide lactique dans les sécrétions vaginales, présence que l'on a considérée comme un des moyen de défense de l'organe contre les divers micro-organismes, saprophytes ou pathogènes qui s'y rencontrent à l'état normal.

Laissant de côté la question de l'origine de l'acide lactique dans ces sécrétions, que certains ont rapportée à l'action du bacille de Dœderlein, d'autres à une sécrétion propre de la paroi vaginale elle-même, il constate que 99 fois sur 100, lorsque la réaction des sécrétions vaginales est acide, on ne trouve dans le vagin que des organismes non pathogènes ou du moins de virulence très atténuée, car leur culture en milieu alcalin devient impossible.

Dœderlein déclare que la proportion de 0,4 0/0 d'acide lactique est normale dans les sécrétions vaginales des femmes enceintes. Or Witte a constaté que le streptocoque pyogène cesse de se développer dans les milieux de culture renfermant 0,1 0/0 d'acide lactique, et le staphylocoque pyogène dans ceux qui en renferment 0,4 0/0. Schlütter est parvenu à des conclusions analogues.

Il n'est pas impossible d'ailleurs que d'autres facteurs que l'acide lactique entrent en jeu dans cette action microbicide des sécrétions du vagin. On a constaté, en effet, que des sécrétions vaginales acides ajoutées telles quelles, sans stérilisation préalable, à des cultures microbiennes, déterminent la stérilisation de celles-ci : les mêmes sécrétions neutralisées retardent le développement des bactéries. Si on vient enfin à alcaliniser ces sécrétions, elles constituent alors un milieu de culture des plus favorables.

Au total, il ressort de tout ceci l'indication bien nette, d'accroître l'acidité du vagin pour réaliser dans cet organe le genre d'antisepsie qui lui est le plus naturel. L'acide lactique, que l'on trouve déjà dans les sécrétions normales, réalisera très bien ce but en raison de ses propriétés bactéricides déjà connues, qui s'accompagnent d'une parfaite innocuité de ce corps

pour l'organisme. L'auteur pense même que si l'on vient à produire de l'irritation de la paroi vaginale, il ne peut y avoir là qu'un processus favorable, car cette irritation conduit à une prolifération des leucocytes et à une phagocytose d'autant plus énergique.

W. Ilkewitsch a expérimenté l'acide lactique dans 10 cas d'endométrite accompagnée de pertes purulentes. Il s'est servi de solutions à 3 0/0, les solutions à 2 1/2 0/0 ne lui ayant pas donné de résultats bien nets.

Il a constaté ainsi que les badigeonnages de l'utérus avec l'acide lactique à 3 0/0 font disparaître la purulence des sécrétions avec une extrême rapidité et transforment celles-ci en glaires incolores. Chaque badigeonnage paraît être suivi d'une exfoliation de l'épithélium de la muqueuse utérine, exfoliation qui s'accompagne d'un léger suintement sanguinolent. Ces injections, faites avec les précautions antiseptiques d'usage quant à l'instrumentation employée, sont peu douloureuses et toujours sans aucun danger. On peut les pratiquer à la consultation, et les malades peuvent vaquer ensuite à leurs affaires sans être en rien incommodées. Même dans les cas où l'endométrite s'accompagnait de périmétrite et d'inflammation chronique des annexes, l'auteur n'a jamais eu à déplorer aucun accident. Il va même jusqu'à dire que, dans beaucoup de cas, l'emploi de l'acide lactique peut remplacer sans inconvénient le curettage.

La vaginite est toujours rapidement améliorée et la mauvaise odeur des pertes, en particulier, disparaît dès la première séance.

R. Blondel.

Traitement conservateur dans les cas de myômes utérins. (*American Journ. of Obst.*, septembre 1897.) — H. Robb constate une fois de plus que les véritables progrès en chirurgie sont ceux qui s'accomplissent dans le sens conservateur. Appliquant ce principe au traitement des myômes, il pense que lorsque ceux-ci ne dépassent pas le volume d'un œuf, ni le nombre de quatre ou cinq, lorsqu'ils ne sont pas trop profondément engagés dans l'épaisseur du tissu utérin, il est toujours possible d'en faire l'extirpation en laissant la matrice en place. L'hystérectomie reste réservée aux fibromes très volumineux et très nombreux, abordables seulement par le péritoine et pour lesquels la pratique du traitement conservateur réaliserait un traumatisme plus considérable encore que l'hystérectomie pure et simple.

Pour les fibromes pédiculés ou sous-péritonéaux, l'incision devra être faite en plein tissu utérin et être suffisamment étendue pour que l'énucléation se pratique sans effort et sans déchirure rendant irrégulière la plaie chirurgicale. Les ligatures et les sutures seront faites à points séparés et avec un soin tout particulier, pour éviter les hémorragies tardives. Si la tumeur est volumineuse, et que de gros vaisseaux se trouvent intéressés, il peut être utile de placer une ligature élastique provisoire à la base du corps utérin. Celle-ci sera enlevée à la fin de l'opération et on ne refermera le ventre qu'après s'être assuré qu'aucun suintement hémorragique ne se produit au niveau des sutures.

Les fibromes sous-muqueux sont le plus souvent justiciables de l'énucléation par la voie vaginale : le débridement des lèvres du col destiné à donner un large accès dans la cavité utérine, est une pratique commode et parfaitement inoffensive, si la suture des lèvres est faite aussitôt après et dans des conditions d'asepsie parfaite. Dans un cas de myôme volumineux et sphacélé dans la partie faisant issue vers le vagin, A. Martin (de Berlin) a jugé plus prudent de réséquer par la voie vaginale la partie sphacélée, de laisser la surface de section se recouvrir pendant une quinzaine de jours de granulations aseptiques, et au bout de ce temps de faire l'ablation de la masse par la voie abdominale.

R. Blondel.

Sur la dilation des trompes et leur perméabilité aux sondes volumineuses. — Ahlfeld (*Centralb. fur Gyn.*, 27 novembre 1897) rapporte que Doederlein a présenté au dernier Congrès de chirurgie à Leipzig le résultat d'observations cliniques démontrant que dans certains cas l'orifice tubaire s'élargissait assez pour permettre aux liquides injectés dans l'utérus de passer dans la cavité abdominale.

Beuttner a introduit une sonde dans l'utérus à une profondeur de 20 centimètres. Il explique ce fait par le relâchement du muscle utérin.

Ahlfeld a pu plusieurs fois introduire, sans aucune difficulté, une sonde 0 par l'utérus dans la cavité abdominale. Il cite entre autres le cas suivant :

Une femme, ayant présenté à trois accouchements de la dystocie de la délivrance par adhérence placentaire, dut subir trois fois la délivrance artificielle. Ahlfeld conclut de ces accidents et d'un examen pratiqué le onzième jour après l'accouchement, que cette femme était atteinte d'endométrite chronique. Il fit accepter à la malade un traitement gynécologique. A l'examen pratiqué dix semaines après le dernier accouchement, l'utérus était petit, en rétroversion facile à corriger. La femme fut placée dans le décubitus latéral de Sims pour qu'on lui pratiquât le cathétérisme utérin,

Un spéculum fut introduit, puis, on saisit la lèvre antérieure du col et une sonde de Schultze fut introduite et dirigée en arrière dans la direction de l'utérus indiquée par le toucher et le palper. On laissa cette sonde progresser d'elle-même, sans employer la force : elle se dirigea vers la corne utérine droite puis avança de plus en plus, jusqu'à environ 16 centimètres. On pouvait sentir l'extrémité de la sonde dans la région hypogastrique. Elle fut retirée et introduite de nouveau. Le sang s'écoula en quantité assez notable, et on renonça à continuer les manipulations, remettant le traitement à plus tard. Au bout de cinq semaines on examina de nouveau la malade. La sonde entra dans la trompe gauche sans difficulté ainsi que dans l'abdomen, aussi loin qu'on désirait. On put s'assurer par le palper que la sonde quittait l'utérus au niveau de l'angle gauche. Tous les essais de cathétérisme tubaire ayant échoué quinze jours plus tard, on pratiqua le curetage.

L'auteur, dans un autre cas, voulant être sûr qu'il s'agissait bien d'un cathétérisme de la trompe et non d'une perforation utérine, employa un cathéter flexible. L'instrument, dans la partie qui sortait de la corne utérine, subissait la même courbure, ce qui ne se fut pas produit si la sonde avait été libre au milieu des intestins. On pouvait introduire une sonde plus volumineuse que le n° 4 de Schultze. Dans ce cas, l'extrémité de la sonde étant fixée à travers la paroi abdominale par un aide, on put s'assurer que la sonde passait par l'angle de la corne utérine.

Deux points, dit Ahlfeld, restent à éclaircir : 1° N'existe-t-il pas une conformation spéciale conique des cornes utérines, dirigeant forcément la sonde vers la trompe? 2° Comment un pareil changement peut survenir dans le canal tubaire, normalement si étroit?

R. Blondel.

De l'ablation des tumeurs des annexes par la voie vaginale. (*Medec. Obos.*, n° 11, 1897.)— Après avoir passé en revue les travaux publiés à ce sujet et notamment ceux de Lwoff et de Teploff, Solovieff décrit un cas personnel dans lequel il a pu avec succès enlever par le cul-de-sac postérieur un kyste mobile du ligament large de volume peu considérable.

En se basant sur ce cas personnel, ainsi que sur ceux publiés par les deux auteurs sus-nommés, Solovieff indique les avantages que présente le procédé qu'il préconise, sur la laparotomie. Ces avantages sont les suivants :

1° Il présente moins de dangers pour la vie de la malade;

2° Son exécution est plus facile;

3° Les traumatismes qu'il provoque sont moins considérables;

4° Il ne laisse pas de cicatrice défigurante sur la paroi abdominale et ne provoque pas de hernies;

5° Les suites opératoires sont moins compliquées et moins prolongées. Une fois sorties, les malades peuvent immédiatement reprendre leurs travaux habituels;

6° Enfin, on a besoin de moins d'aides expérimentés.

En ce qui concerne les indications pour la colpotomie, Solovieff les considère comme très nombreuses, car, pour lui, il ne faut recourir à la laparotomie que dans les cas où il est impossible d'enlever des tumeurs annexielles par la voie vaginale.

B. Taft.

Du massage dans l'hématocèle. (*Journal russe d'accouchements*, n° 4, 1897.)— Dans le cas rapporté par Yegoroff il s'agit d'une femme de 26 ans atteinte d'un hématocèle provenant probablement de la rupture d'une trompe gravide.

Les injections vaginales chaudes, ainsi que les tampons à l'ichtyol glycériné, n'ayant donné aucun résultat, l'auteur se décida à recourir au massage. L'action exercée par ce dernier a été absolument excellente. Déjà après 19 séances (en l'espace de 26 jours) l'hématocèle s'était complètement résorbé et l'utérus avait repris sa position normale; après 26 séances (en 40 jours) les adhérences qui entouraient la trompe gauche ainsi que les restes du sac fœtal avaient complètement disparu. Il n'est resté qu'un petit épaississement sur la trompe gauche, du volume d'une noisette. Pendant tout le temps du traitement la température restait normale; le massage ne provoquait aucune douleur.

B. Taft.

Traitement des vomissements incoercibles. (*Congrès de Moscou*, 1897.)— Ayant remarqué une analogie entre les accidents observés dans les vomissements incoercibles chez les femmes enceintes et ceux que présentent les animaux à qui l'on administre des aliments privés de soude et de potasse, Mme Autouschewitsch a eu l'idée de prescrire dans ces cas de grandes quantités de sel. Le résultat obtenu par ce traitement dans 55 cas a été excellent : au bout de quelques jours, les vomissements s'arrêtaient et ne se reproduisaient plus.

D'une façon générale, Mme Autouschewitsch prescrivait à ses malades un mélange de phosphate de chaux, de sel de Glauber et de sels bromurés.

B. Taft.

Du massage dans les vomissements incoercibles des femmes enceintes, par Jules Geoffroy. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 décembre 1897.) — La liste est longue des médicaments et des moyens thérapeutiques divers qui ont été successivement tentés contre les vomissements de la femme enceinte. Leur nombre même et leur variété sont bien la meilleure preuve de leur peu d'efficacité.

Le Dr Geoffroy, chez les femmes gravides atteintes de vomissements rebelles, a découvert dans la profondeur de la fosse iliaque gauche, à la partie tout à fait postérieure de cette fosse, au niveau du détroit supérieur, en un point toujours le même chez toutes ces malades, point qui n'est autre que l'angle ilio-pelvien du côlon, formé par l'union de la partie iliaque fixe du côlon avec la partie pelvienne mobile (anse oméga), un état permanent de contracture qui est constant, d'après lui, chez toutes les femmes enceintes.

Les malades n'accusent généralement aucune douleur spontanée en cette région, et par suite, l'attention du médecin n'est pas attirée de ce côté. D'ailleurs la situation si profonde de l'angle ilio-pelvien dans la fosse iliaque gauche fait qu'on ne peut le découvrir que si on le cherche et si on le cherche bien exactement là où il est; mais il est extrêmement sensible et douloureux à la palpation.

Sous l'action de la palpation, dès que la contraction diminue, les malades accusent une sensation de bien-être, une sorte de détente.

La même localisation existe chez d'autres malades atteints d'affections diverses : appendicite, dysménorrhée, vomissements de certaines hystériques, etc.

En somme, d'après le Dr Geoffroy, la contracture douloureuse de l'angle ilio-pelvien du côlon est le signe pathognomonique d'une hyperesthésie réflexe du canal intestinal dont le symptôme varie du mal de cœur, de la simple nausée, aux vomissements incoercibles.

En agissant par pressions douces, lentes, progressives, on arrive à percevoir, au point indiqué, une série de bosselures, qui, d'abord dures, résistantes et sensibles, finissent par s'amollir et dont la sensibilité s'émousse. Il suffit de deux ou trois séances de massage pour faire cesser les vomissements.

G. Lyon.

De la glande thyroïde dans les affections gynécologiques. (*Kronicka Lekarska*, n° 12, 1897.) — Sachs a essayé la glande thyroïde dans les affections gynécologiques. Il l'administrait sous forme de tablettes contenant chacune 30 centigrammes. La dose initiale, qui était d'une tablette, a été portée jusqu'à quatre par jour.

Sachs n'a jamais observé la moindre action fâcheuse : il n'y a eu ni nausées, ni vomissements, ni céphalée. La glande thyroïde a été expérimentée dans les affections suivantes :

2 cas de métrorrhagies abondantes avec endométrite et rétroflexion de l'utérus.

3 cas de ménorrhagie.

1 cas de dysménorrhée.

2 cas de métrorrhagies abondantes à la suite d'involution incomplète de l'utérus.

Les résultats sont loin d'être satisfaisants; dans aucun cas on n'a obtenu d'amélioration.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

L'apocynum cannabicum comme diurétique. (*The British med. Journal*, 11 décembre 1897.) — L'apocynum cannabicum, plante répandue au Canada, a été étudié par Woodhull, qui rappelle que l'usage médicamenteux de la drogue a été abandonné, à cause de son action émétocathartique beaucoup trop intense. Cet abandon est immérité, car, administré avec prudence, l'apocynum cannabicum constitue un excellent diurétique, qui semble n'être surpassé par aucun autre médicament analogue.

L'action physiologique se caractérise par une augmentation de la pression artérielle, mais il y a lieu d'admettre en outre une action spécifique sur le parenchyme rénal : aussi faudra-t-il, en cas de néphrite, administrer ce médicament avec prudence.

L'auteur conseille de donner la racine d'apocynum en infusion, et de laisser de côté les parties amères de la racine, qui possèdent très probablement l'action émétocathartique si préjudiciable à l'emploi de la drogue comme diurétique.

E. Vogt.

Les ferments en thérapeutique, par Bricemoret. (*Journal des Praticiens*, n° 50, p. 790, 1897.) — On emploie deux sortes de pepsine :

1° La pepsine pure ou extractive, très altérable, car elle absorbe rapidement l'humidité atmosphérique et subit la fermentation putride.

(20 centigrammes peptonisent 10 grammes de fibrine) et la pepsine amylacée ou médicinale constituée par la sorte précédente, qu'on additionne d'amidon ou de sucre de lait auquel on ajoute un peu d'acide tartrique (50 centigrammes de cette pepsine peptonisent 10 grammes de fibrine).

La pepsine amylacée se présente à la dose de 50 centigrammes à 4 grammes et la pepsine extractive à la dose de 20 centigrammes à 2 grammes.

La pepsine amylacée peut être formulée en cachets, mais à la condition de ne pas être associée, comme cela se fait couramment, aux bicarbonates alcalins, car ces sels enlèvent à la pepsine la propriété de peptoniser les albuminoïdes.

Les élixirs à base de pepsine sont fréquemment employés; la proportion d'alcool ne doit pas y être trop élevée. Celui du Codex a une saveur désagréable; les meilleurs sont ceux de Mialhe et de Vigier.

Formule de Mialhe :

Pepsine amylacée.....	6	grammes.
Eau.....	24	—
Vin blanc de Lunel.....	54	—
Sucre blanc.....	30	—
Alcool à 33°.....	12	—

Formule de Vigier :

Pepsine amylacée.....	50	grammes.
Eau distillée.....	325	—
Sirop de sucre.....	400	—
Rhum à 45°.....	264	—

Chacun de ces élixirs renferme 1 gramme de pepsine amylacée par 20 grammes.

La pancréatine est une poudre blanc jaunâtre, à peu près complètement soluble dans l'eau, qui doit dissoudre et changer en peptone cinquante fois son poids de fibrine et saccharifier quarante fois son poids d'amidon ou de fécule.

On administre la pancréatine médicinale à la dose de 20 à 80 centigrammes en élixir faiblement alcoolisé ou en pilules. La pancréatine amylacée se prescrit à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, en cachets, poudres.

Tandis que pour Dufresne la pancréatine serait un ferment digestif complet, sa valeur thérapeutique serait nulle, suivant Ewald, car elle ne tarde pas à être digérée par le suc gastrique. C'est même pour obvier à cet inconvénient qu'on a proposé de l'administrer en pilules kératinisées, qui seraient seulement détruites dans l'intestin.

La diastase ou maltine se retire de l'orge perlé. Elle transforme l'amidon en dextrine et en maltose. Elle a été préconisée comme agent de la digestion des substances amylacées à la dose de 10 à 50 centigrammes. Elle doit être prescrite en nature, car son altération est rapide lorsqu'elle est en solution.

La papaïne est un ferment de nature albuminoïde du suc de caria papaya. Elle est amorphe, blanche, soluble dans l'eau. Elle présente la propriété de dissoudre et de peptoniser de grandes quantités de fibrine. Elle se distingue de la pepsine en ce qu'elle peut agir dans un milieu neutre ou alcalin aussi bien qu'en milieu acide.

On peut l'administrer en paquets, associée ou non au bicarbonate de soude, à la dose de 10 à 40 centigrammes ou sous forme de sirop. Les sirops de fruits acides conviennent particulièrement à ce ferment ;

Papaïne.....	50	centigr.
Sirop de cerises.....	50	grammes.
— de framboises.....	50	—

Une cuillerée à bouche contient 10 centigrammes de ferment.

G. Lyon.

Du choix des sels ammoniacaux pour l'usage interne, par Liégeois. (*Journal des Praticiens*, n° 49, p. 771, 1897.) — Dans les fièvres éruptives, l'acétate d'ammoniaque appelle ou rappelle l'exanthème à la peau, grâce à la vaso dilatation périphérique qu'il provoque :

Acétate d'ammoniaque liquide... ..... (de 15 mois à 8 ans).	50 cent. à 8 gr
Acétate d'ammoniaque liquide..... (de 8 à 35 ans et plus).	6 gr. 35
Hydrolat de cannelle. } Eau chloroformée.... }	ââ 50 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger ou de framboise.....	40 —

Une cuiller à café, à dessert ou à bouche, d'heure en heure.

Dans la période de collapsus algide et asphyxique du choléra, on provoque la réaction à l'aide de l'acétate d'ammoniaque :

Acétate d'ammoniaque liquide.....	8 à 10	grammes.
Laudanum de Rousseau.....	20	gouttes.
Liqueur d'Hoffmann.	10	grammes.
Rhum.....	40	—
Hydrolat de mélisse.	60	—
Sirop de cannelle....	30	—

Une cuiller à bouche de demi-heure en demi-heure.

Dans la période algide de l'empoisonnement par les champignons on peut prescrire une potion analogue :

Acétate d'ammoniaque liquide.....	8 à 10	grammes.
Teinture alcoolique de belladone.....	30	gouttes.
Liqueur d'Hoffmann..	10	grammes.
Eau chloroformée... } Hydrolat de mélisse. }	ââ 50	—
Sirop de cannelle....	30	—

Une cuiller à bouche de demi-heure en demi-heure.

Gubler insistait sur l'efficacité de l'acétate dans les céphalalgies des névropathes anémiques. Et de fait, on dissipe la céphalée neurasthénique avec quelques cuillerées de la potion de Wright :

Acétate d'ammoniaque liquide.....	15	grammes.
Teinture d'écorces d'oranges amères..... } Sirop d'écorces d'oranges amères..... }	ââ 20	—
Eau distillée.....	50	—

M. Liégeois préfère, dans ce cas, le valérianate d'ammoniaque. Il fait prendre plusieurs cuillers à café de la solution :

Valérianate d'ammoniaque.....	2 à 3	grammes.
Elixir de guarana....	80	—

Marrotte, dans les névralgies de la grippe, a employé avec succès le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 3 grammes.

C'est l'acétate d'ammoniaque qui calme le mieux l'orgasme douloureux de l'utérus et facilite l'écoulement des règles chez les dysménorrhéiques sanguines, pléthoriques, ou chez celles dont l'utérus, dévié ou fibromateux, est en congestion chronique permanente :

Acétate d'ammoniaque liquide.....	30	grammes.
Teinture de piscidia érythrina ..... } Teinture de valériane.. }	ââ 8	—

Une à trois cuillers à café, chacun dans un verre d'eau sucrée.

Ou :

Acétate d'ammoniaque liquide.....	30	grammes.
Teinture de piscidia érythrina..... } Teinture de viburnum prunifolium..... } Alcoolature d'anémone pulsatile..... }	ââ 10	—

Deux à six cuillers à café, chacune dans un quart de verre d'eau sucrée.

Il est difficile d'expliquer, autrement que par une influence constrictive sur les artérioles bronchiques, pourquoi le chlorhydrate d'ammoniaque fait rétrocéder la congestion pulmonaire grippale intense, asphyxique, quatre ou cinq heures après l'administration, toutes les deux heures, d'un cachet de 50 centigrammes (quatre à dix semblables par jour).

Dans les bronchites capillaires et dans les broncho-pneumonies, l'acétate d'ammoniaque lutte contre l'adynamie générale et contre l'adynamie bronchique; on doit l'associer chez l'adulte à la potion de Todd, chez l'enfant au vin de Malaga.

Le carbonate, le chlorhydrate, le benzoate d'ammoniaque doivent être employés comme expectorants, dans les bronchites aiguës vulgaires, non pas dès le début, à l'époque des râles sibilants et ronflants, mais seulement quand la transformation des crachats en pus est franchement réalisée.

Ces sels sont recommandés surtout dans les bronchites chroniques des vieillards, des goutteux, des asthmatiques emphysémateux, des convalescents de fièvre typhoïde :

Carbonate, chlorhydrate ou benzoate d'ammoniaque..... } Gomme ammoniaque.. }	ââ 1	gramme.
Poudre d'ipéca.....	25	centigr.
Extrait de jusquiame..	10	—
Mucilage de gomme....	Q. s.	

Pour vingt pilules toluisées. Deux par jour.

Le chlorhydrate d'ammoniaque paraît avoir une certaine action dans les congestions alcooliques du foie, dans l'ictère catarrhal.

G. Lyon.

Electrothérapie.

Dr VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

De la valeur de l'électricité dans le traitement sciatique. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 6 janvier 1898.) — Stanowski défend l'électrothérapie contre les partisans des idées de Mœbius, qui, comme l'on sait, dénie toute action thérapeutique à l'électricité dans les affections du système nerveux. Stanowski, dans le traitement de la sciatique, a expérimenté *tous les modes d'application* jusqu'ici préconisés pour la

cure de cette affection : les résultats ont été variables et contradictoires mais il croit pouvoir aujourd'hui préconiser comme donnant des résultats prompts et sûrs le *modus faciendi* suivant :

1° Utilisation du courant galvanique, en évitant les trop grandes variations de potentiel ;

2° Application d'une très grande électrode (environ 600 centimètres carrés (30×20), sur la région s'étendant du sacrum au grand trochanter ;

3° Application de l'autre électrode sur le talon : cette seconde électrode sera environ de la grandeur du talon ;

4° L'anode se trouvera à la grande plaque, la cathode au talon ;

5° Le courant devra passer pendant une demi-heure au minimum ;

6° Le malade ne devra ressentir aucune sensation pénible : au cours des premières séances, on pourra utiliser une intensité de 30 milliampères ; plus tard, on se bornera à 8 ou 10 milliampères.

E. Vogt.

Contributions de l'électrothérapie au diagnostic et au traitement de quelques formes de neurasthénie, par le Dr G. Apostoli. (*Académie de médecine de Paris*, séance du 11 janvier 1898.) — La neurasthénie constitue un syndrome clinique dont il importe avant tout de dégager la notion pathogénique pour mieux en apprécier l'évolution clinique et lui appliquer le traitement le mieux approprié.

Parmi les neurasthéniques, il importe de connaître les formes qui évoluent sur un terrain *hystérique* ou sur un terrain *arthritique*, qui impriment à la neurasthénie une physionomie différente et peuvent réclamer une thérapeutique complémentaire spéciale.

L'électrothérapie bien administrée sera, en dehors de son influence curative, une précieuse ressource comme *pierre de touche* destinée à éclairer notre diagnostic et à nous fixer rapidement sur la nature et l'évolution de telle ou telle neurasthénie.

La médication électrique ne saurait être considérée comme un traitement uniforme qui, pris en bloc, est applicable à tous les cas indistinctement.

Chaque mode électrique qui utilise, en effet, l'énergie électrique avec une tension, une localisation et une courbe d'excitation différentes, trouvera dans chaque cas particulier son utilisation propre et variable, avec ses indications et contre-indications.

D'une façon générale, les applications partielles et localisées, soit faradiques, soit galvaniques, doivent céder le pas, surtout au début de la cure de la neurasthénie, aux applications générales et en particulier soit aux bains statiques, soit aux bains alternatifs des courants à haute fréquence.

Plus la neurasthénie se compliquera de troubles nerveux périphériques (tels que l'hémianesthésie d'origine hystérique), plus elle sera justiciable du mode électrique dont la localisation périphérique atteint le maximum de tension (statique ou franklinisation).

Dans les formes arthritiques, au contraire, où le processus nutritif est manifestement en souffrance, après la statique, ce sont les courants cellulaires ou courants de haute fréquence qui trouveront leur meilleure indication.

L'appropriation à tel ou tel cas de tel ou tel mode électrique trouve sa première justification dans la tolérance ou l'intolérance des malades révélée par la clinique.

Ainsi les *hystériques en état d'anesthésie* plus ou moins complète, ou d'hypo-excitabilité cutanée (hémianesthésiques) ne sont généralement justiciables que de la statique.

Le bain statique simple, aidé du souffle, peut suffire à la cure de certains cas, mais il faut généralement lui associer la révulsion par des *étincelles* qui, localisées sur la colonne vertébrale et d'ailleurs bien supportées, procurent à la plupart de ces malades une amélioration presque constante.

Il convient, d'autre part, chez les *hystériques hyperesthésiques*, d'appliquer le même traitement statique, mais à doses très modérées, à l'aide de séances courtes, avec le bain simple et sans révulsion par des étincelles.

Or, les mêmes malades *hystéro-anesthésiques* sont généralement peu ou pas justiciables des hautes fréquences et dans tous les cas supportent souvent moins bien l'*auto-conduction* par le grand solénoïde ou n'en retirent qu'un bénéfice peu sensible.

Les arthritiques, au contraire, et en général tous les ralentis de la nutrition, non entachés d'hystérie, seront généralement très sensibles au choc des étincelles statiques qu'ils supportent mal et retireront un plus grand bénéfice clinique du traitement par les hautes fréquences.

Dans plusieurs circonstances, chez beaucoup de neuro-arthritiques, il y aura lieu d'associer soit successivement, soit simultanément les deux traitements (statique et haute fréquence) pour activer et compléter la cure de la neurasthénie.

R. Blondel.

De la valeur thérapeutique de l'électricité dans le traitement de l'hémiplégie cérébrale, par P. DIGNAT. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 397, 15 novembre 1897.) — Dans toute hémiplégie d'origine cérébrale on ne devra instituer aucun traitement électrique, quel qu'il soit, dès les premiers jours qui suivent l'attaque.

La première intervention de ce genre ne sera tentée que vers la fin de la troisième semaine et on se bornera à faradiser les muscles paralysés pendant une période de quinze à vingt jours.

A ce moment, on remplacera les courants faradiques par les courants continus appliqués sur la région vertébrale. Ces courants seront d'une intensité variant de 4 à 5 milliampères au début, mais ne dépasseront en aucun cas 15 milliampères. La durée d'application sera d'environ dix à quinze minutes et on aura soin de changer la direction du courant une ou deux fois dans la même séance.

Si au bout de quelques jours le malade présente une amélioration notable, et si rien ne paraît faire craindre la possibilité d'une dégénérescence secondaire, on pourra cesser tout traitement. Il sera bon cependant de soumettre le malade de temps en temps à l'action des bains statiques, afin de relever l'état de la nutrition générale, et surtout de lutter contre toute impotence élective fonctionnelle.

Si le malade présente de la contracture secondaire permanente, on continuera pendant longtemps l'usage des courants continus.

On s'abstiendra de toute intervention électrique lorsque le malade présente des signes pouvant faire redouter l'apparition de l'épilepsie partielle.

G. LYON.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Grippe (*suite*).

Traitement des symptômes et complications de l'appareil respiratoire et circulatoire.

a) CORYZA.

Le plus souvent ne nécessite aucun traitement ; parfois rhinite purulente très abondante, avec ou sans épistaxis ; dans ce cas, employer :

1° La vaseline boriquée et mentholée :

Vaseline blanche.....	50 grammes.
Acide borique.....	5 —
Menthol.....	60 centigr.

Renifler cinq à six fois par jour gros comme une noisette de cette pommade.

2° La poudre d'acide borique, de cocaïne et de menthol :

Acide borique.....	10 grammes.
Menthol.....	20 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.	10 —

En aspirer une pincée plusieurs fois par jour.

3° Les lavages du nez, à l'eau boriquée chaude, à l'aide non du siphon de Weber (danger de l'infection de la trompe d'Eustache), mais de la seringue en verre.

b) ANGINE ET LARYNGITE.

1° Compresses imbibées d'eau chaude et recouvertes de taffetas gommé, au-devant du cou.

2° Inhalations de vapeurs d'eau, additionnée par casserole, d'une cuillerée à café de :

Alcool à 70°.....	30 grammes.
Menthol.....	1 —

ou d'une cuillerée à café de teinture de benjoin.

3° Gargarismes très chauds avec de l'eau boriquée additionnée, par verre, d'une ou deux cuillerées à café de :

Eau distillée.....	50 grammes.
Chlorhydrate de morphine.	10 centigr.
— de cocaïne..	15 —
Antipyrine.....	2 gr. 50
Bromure de potassium...	4 grammes.

c) TRACHÉO-BRONCHITE AU DÉBUT, toux quinteuse, sans expectoration.

Eau de laurier-cerise, préparations opiacées, jusquiame, aconit, benzoate de soude, etc. :

Eau gommeuse.....	120 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise.....	10 —
Extrait de jusquiame....	5 centigr.
Sirop de tolu.....	
Sirop de fleurs d'oranger.....	ää 20 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Julep gommeux.....		80 grammes.
Sirop diacode.....	ââ	20 —
Alcoolat de mélisse...		
Teinture de jusquiame...		4 —
Chlorhydrate d'ammoniaque.....		2 —

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures. (BARTH.)

ou :

Teinture de drosera....	ââ	2 grammes.
— de grindelia...		
Alcoolature de racines d'aconit.....		1 —
Bromoforme.....		60 gouttes.
Glycérine.....		2 cent. cubes.

(CAPITAN.)

Six à quinze gouttes, trois ou quatre fois par jour, dans du vin blanc sucré.

ou :

Eau.....	200 cent. cubes.
Sirop de polygala.....	100 grammes.
Benzoate de soude.....	20 —

Une cuillerée à café, trois ou quatre fois par jour, dans une infusion chaude de tilleul ou de feuilles d'oranger.

Poudre de Dower.....	ââ	2 grammes.
— de scille.....		
Sulfate de quinine.....		

Pour vingt cachets. Trois à cinq par jour. (HUCHARD.)

ou :

Chlorhydrate de morphine.	5 centigr.
— de cocaïne..	10 —
Antipyrine.....	2 grammes.

Trois ou quatre cuillerées à café par jour, dans du grog.

d) BRONCHITE GÉNÉRALISÉE avec expectoration purulente, abondante.

Terpine :

Terpine.....	25 centigr.
Glycérine et gomme.....	Q. s.

Pour une pilule. Trois à cinq par jour.

ou :

Terpine.....	ââ	10 centigr.
Acide benzoïque.....		
Poudre thébaïque.....		1 —

Pour une pilule. Six par jour.

ou :

Vanilline.....		2 centigr.
Terpine.....		5 grammes.
Glycérine.....	ââ	70 —
Alcool à 95°.....		
ple.....		

(VIGIER.)

Deux cuillerées à café (25 centigrammes), deux ou trois fois par jour.

(*A suivre.*) G. LYON.

PETITE CHRONIQUE

On a pu apprendre par les journaux la nouvelle d'un événement passé sans doute inaperçu au milieu de l'affollement général qui s'est emparé de toutes les têtes depuis quelques semaines — et auquel nous n'avons pas su tous demeurer étrangers, si j'en juge par les noms de professeurs et d'agrégés qui figurent sur certaine liste de protestation visant les procédés de la justice militaire. Cet événement, qui me paraît pourtant être d'un bien autre intérêt pour nous, c'est la fermeture du laboratoire français de bactériologie installé à Constantinople, à la tête duquel était placé le Dr Nicolle, un des meilleurs élèves de l'Institut Pasteur. Le laboratoire est mort d' « anargyrie », maladie à laquelle les plus belles institutions ne sauraient résister. Le gouvernement turc a, peu à peu, cessé les subsides auxquels il s'était formellement engagé, et le laboratoire, engagé vis-à-vis de ses fournisseurs pour plusieurs milliers de francs, a dû fermer ses portes.

Au point de vue général, international, dirai-je, c'est là une faute pour les Turcs et un danger pour l'Europe. Le laboratoire était une sorte de poste avancé de la bactériologie, c'est-à-dire, dans le cas particulier, de l'épidémiologie en Orient. Grâce à lui, on pouvait espérer voir les cas isolés suspects, les foyers naissants, promptement dépistés. Aujourd'hui, les véritables mesures efficaces à opposer aux invasions de la peste et du choléra, comportent à leur origine, et comme premier point de départ, un examen bactériologique précoce et exact. Dans une certaine mesure, on peut donc dire que la suppression du laboratoire de Constantinople est une brèche faite délibérément dans notre mur d'enceinte sanitaire.

A notre point de vue particulier, à nous, Français, la chose comporte plus de tristes réflexions encore. Il n'est pas bien certain que s'il s'était agi d'un laboratoire de fondation germanique, avec personnel venu de Berlin, les choses se fussent passées d'aussi simple façon. Souhaitons seulement de ne pas voir dans quelque temps le gouvernement turc rétablir le laboratoire, à la demande formelle de l'Allemagne et avec un personnel choisi par elle.

Si vous voulez rapprocher ce fait de la décision prise récemment par la Turquie, de ne plus admettre à l'exercice de la médecine dans l'empire ottoman les élèves ayant fait leurs études et conquis leur diplôme à la Faculté de médecine française de Beyrouth, vous commencerez peut-être à comprendre que le hasard n'est pas seul en cause dans tous ces événements.

Il ne nous appartient pas ici de faire de la politique étrangère, mais nous n'apprendrons rien à personne en disant le rôle prépondérant pris par l'Allemagne en Turquie et en Orient où jusqu'ici elle n'avait aucun intérêt direct. Le voyage prochain en Palestine de l'empereur Guillaume, annoncé à grand fracas et qui s'accomplira dans des conditions de nature à frapper l'imagination des Orientaux, n'est qu'un incident de cette campagne préparée de longue main.

La vérité est que les ennemis de l'influence française s'en prennent à une des seules choses qui nous restaient encore: le prestige scientifique et l'action morale. Malheureusement, ce n'est qu'après avoir perdu ses positions et en les voyant occupées par d'autres, qu'on se rend compte de l'importance qu'elles avaient et que l'on comprend les efforts qu'il eût fallu faire pour les conserver.

Je ne veux rien exagérer : l'invasion allemande se fut accomplie quoique nous eussions pu faire, mais la perte de nos positions scientifiques en Orient eut peut-être été moins rapide et moins facile, si nous n'avions pas dès longtemps commencé à perdre le contact avec les populations orientales en interrompant le cours de nos relations médicales quasi séculaires. En cet ordre de choses, il suffit de cinq ans, d'une génération médicale, pour détruire l'œuvre de plusieurs siècles.

De tout temps le nombre des médecins turcs, arméniens, syriaques, qui viennent faire leurs études à Paris, a été considérable. Or, les statistiques accusent aujourd'hui la cessation presque complète de ce mouvement depuis le décret qui, pour désencombrer la Faculté de Paris, a relégué dans les Facultés de province les étrangers venus faire leurs études en France.

L'arrêté est d'ailleurs rapporté aujourd'hui, car on a enfin compris quels doivent en être les effets désastreux. Mais n'est-il pas déjà trop tard?

En effet, Vienne et Berlin, dotées d'Universités magnifiques, se sont hâtées de recueillir les étudiants à qui nous ne voulions ou ne pouvions plus faire place, et de détourner vers leurs laboratoires la clientèle des Orientaux, des Russes, des Américains, qui venaient chez nous pour travailler à Paris, et à qui nous offrions Lille ou Montpellier. Quelle que soit la valeur de nos Facultés provinciales, quelque légitime que soit notre désir de voir augmenter leur vitalité scientifique et d'opérer une salutaire décentralisation en leur faveur, tout en désencombrant Paris, il n'y a pas à nier que le prestige de la capitale exerce au delà de nos frontières une fascination qui est pour beaucoup dans le désir des étrangers de venir en France. Que la vie de Paris les attire pour le moins autant que le renom des maîtres qui y enseignent, c'est probable; mais il ne suffit pas d'un décret pour bouleverser d'aussi anciennes habitudes. Les étrangers assez aisés pour faire les frais de leur éducation aussi loin de chez eux demandent à venir dans une capitale. Si vous n'en voulez pas à Paris, ils iront à Berlin, mais vous n'obtiendrez pas qu'ils adoptent pour leur vie d'étudiant l'existence de nos villes de province. Il faut bien mal connaître la nature complexe des motifs qui les attirent chez nous pour l'avoir espéré un seul instant. La fonction de Paris, aujourd'hui, la seule qu'on ne lui dispute pas encore, est d'être l'auberge du monde : si on y refuse la clientèle, celle-ci ne prendra pas « une chambre en ville », elle ira chez le voisin.

Ce qui eût été autrement important et bien plus simple, c'était de faire rester en province les étudiants français, qu'il n'y avait aucun danger de voir filer à Berlin et qui se donnent tous rendez-vous à Paris pour le plus grand malheur de chacun. Ils délaissent ainsi d'excellentes Ecoles régionales où les maîtres, moins surchargés de besogne et d'élèves, les transforment sans grands efforts en praticiens autrement préparés à l'exercice de leur profession que les « touristes » perdus dans les services encombrés de Paris. Ce qui est pire encore, c'est qu'ils prennent chez nous le goût de la vie fiévreuse, l'habitude de l'agitation, du mouvement autour de soi, des prétendus plaisirs — dont ils n'usent pas ou dont ils connaissent le désenchantement, mais qu'ils savent à leur portée, ce qui leur suffit, — si bien qu'ensuite le retour dans la petite ville

ou dans la campagne où doit s'achever leur existence de praticien vaillant et modeste, leur apparaît comme une manière d'enterrement auquel ils ne peuvent plus se résigner.

En résumé, l'encombrement médical à Paris, tant à la Faculté que dans la pratique professionnelle n'étant pas douteux, il est hors de doute qu'il fallait agir. Au lieu de prier les étudiants de province de rester chez eux et d'y faire de meilleurs étudiants et de meilleurs praticiens, on a dirigé l'effort contre les étrangers. Ce fut là l'erreur colossale, insuffisamment réparée encore aujourd'hui. Nous l'avons dit à cette époque, — et les mesures prises tardivement ont montré que c'était la seule solution pratique, — il fallait, comme cela existe dans tous les pays étrangers, faire une distinction essentielle entre le diplôme et le droit à la pratique, ouvrir toutes grandes les portes de nos Ecoles à notre clientèle étrangère, mais faire en sorte qu'elle retourne ensuite chez elle.

Aujourd'hui, c'est chose décidée, mais n'est-il pas trop tard? Quand un fleuve s'est créé un nouveau lit, on ne le ramène pas facilement dans l'ancien, et il me semble qu'il n'était pas bien difficile de prévoir ce qui allait arriver quand on fit ce malencontreux décret sur la relégation des étrangers en province : c'est-à-dire Paris rempli de Limousins, de Gascons, de Savoyards, laissant leur propre pays sans médecins, et notre ancienne clientèle orientale et américaine perdue irrémédiablement, au profit de rivaux mieux avisés.

On a dit il y a longtemps que gouverner c'était prévoir. Je crains bien que nous ne sachions plus ce que c'est que gouverner.

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Hospice de la Salpêtrière : Maladies du système nerveux. — M. le Dr Dejerine, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière, commencera ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi 27 janvier 1898, à 5 heures et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours aura lieu dans la salle de la consultation externe.

Le corps de santé militaire allemand. — Les officiers du corps de santé militaire allemand, dont il est question d'augmenter la solde, se répartissent ainsi, pour 1898 :

Infanterie : 1,229.
Chasseurs prussiens : 38.
Commandements de districts : 10.
Cavalerie : 215.
Artillerie de campagne : 261.
Artillerie à pied : 57.
Pionniers : 61.
Train : 27.

Formations spéciales (écoles de guerre, de cadets, d'enfants de troupes, d'artifices, de maréchalerie, etc.) : 34.

Officiers sans troupes (ministère, grand état-major, écoles d'officiers, etc.) : 171.

Soit un total de 2,103 médecins qui se décomposent de la manière suivante pour les différents Etats de l'empire allemand :

Prusse : 1,630. Saxe : 142. Wurtenberg : 86. Bavière : 245.

On remarquera la différence qui existe entre le nombre des médecins militaires allemands et celui des médecins militaires français, qui est légalement de 1,300, mais qui en réalité est inférieur par suite de plusieurs vacances parmi les majors de 1re classe, sans compter les cinq médecins principaux de 1re classe, que par suite d'un usage dont la raison échappe, on s'obstine à ne pas remplacer depuis des années ! Et cependant l'armée de terre de l'empire allemand n'a pas à fournir un personnel analogue à celui que le nôtre entretient en Algérie, en Tunisie, sans parler de quelques détachements à Madagascar, au Tonkin et ailleurs. (*Revue médicale.*)

Nécrologie. — MM. les Drs Péan, membre de l'Académie de médecine; Mesnet, membre de l'Académie de médecine; De Pietra-Santa, du *Journal d'hygiène;* Alric (d'Aulus), Béraud (de Charlieu), Jules Bienfait (de Reims), Duzéa (d'Orand), Fraissé (de Régusse), de la Houssaye (de Mortais), Gaston Le Mercier (du Havre), Henri Houzé (de Croix), Mabille (d'Angers), Jules Quilly (de Saint-Mihiel), Spathès (de Misserghin) Thibal (de Djidjely), Brissez (de Lille), Jeannin (de Montceau-les-Mines).

BIBLIOGRAPHIE

L'Appendicite (Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire), par le Dr Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, interne des hôpitaux de Paris. Petit in-8°, 2 fr. 50. (Masson et Cie, éditeurs.)

Le médecin qui veut connaître l'histoire de l'appendicite telle qu'elle doit être aujourd'hui comprise, ou l'étudiant qui en aborde pour la première fois l'étude, se trouvent perdus au milieu des nombreux travaux qui y ont trait et qui, pour la plupart, concernent un point spécial de l'affection. Encore doivent-ils se déclarer heureux si, s'adressant à plusieurs sources pour compléter leurs connaissances, ils ne se trouvent pas en présence d'opinions absolument contraires sur le même sujet. C'est pour combler cette lacune que les auteurs publient ce volume. Condenser en quelques mots toutes nos connaissances sur la question, voilà quel a été leur but.

L'union, dans une œuvre commune, d'un maître clinicien qui a fait ses preuves et d'un de ses meilleurs élèves au courant des plus récentes recherches, donne à l'ouvrage une valeur particulière.

Ce travail ne traite que de l'appendicite; la vieille typhlite, en effet, ne doit plus être décrite en tant que maladie susceptible de donner lieu aux accidents qu'on lui a longtemps attribués. Le long chapitre de l'anatomie pathologique se termine par une étude histologique très complète, due à M. le Dr Macaigne. Sur la question complexe et épineuse que représente la pathogénie de l'appendice, les auteurs montrent qu'on peut concilier les théories les plus contraires en apparence, et nous en donnent une conception à la fois claire et satisfaisante. Eclectiques en fait de pathogénie, ils le sont aussi au point de vue thérapeutique; après avoir exposé en quoi consistent le traitement médical et le traitement chirurgical, ils distinguent un certain nombre de cas cliniques dans lesquels ils essayent de poser les indications et contre-indications de ces deux traitements, qu'on a eu tort de trop opposer l'un à l'autre.

Ajoutons que cet ouvrage, fait avec beaucoup de soin, renferme de très nombreuses indications bibliographiques qui permettent au lecteur de se reporter facilement aux différents points spéciaux qu'il désire approfondir.

R. Bl.

L'alcoolisme, par le Dr Jaquet, privat-docent à l'Université de Bâle. N° 5 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur). Une brochure in-8° (Masson et Cie, éditeurs), 1 fr. 25. — Cette question de l'alcoolisme est une des plus actuelles et des plus ardentes; au point de vue social, elle est pour le moins aussi importante qu'au point de vue purement médical. Il fallait donc, pour donner à une étude sur l'alcoolisme toute la compétence et toute l'ampleur voulue, un médecin doublé d'un chimiste et d'un sociologue. Par ses travaux anterieurs sur l'alcool et l'alcoolisme, par les études chimiques qu'il fit dans le laboratoire du célèbre Bunge, le Dr Jaquet remplit admirablement ces conditions et était tout indiqué pour traiter de main de maître cette importante question. Nous ne pouvons que féliciter l'*Œuvre médico-chirurgicale* d'avoir enrichi son intéressante collection d'un travail supérieurement conçu, et qui répond à un problème d'une si inquiétante actualité.

La monographie du Dr Jaquet est divisée en deux parties : la première comprend, après une historique rapide, l'étude de l'alcool comme toxique et de l'alcoolisme comme entité clinique; il trace le tableau des affections physiques et psychiques sans nombre qu'engendre l'absorption des boissons alcooliques et étudie l'hérédité si chargée des buveurs d'alcool. — La seconde partie est entièrement consacrée aux remèdes de l'alcoolisme. L'auteur y traite avec beaucoup de largeur de vue la question de la suppression et de la limitation des débits de vins et d'alcool, et fait le procès des bouilleurs de cru et du monopole de rectification. Il met en évidence le rôle extrêmement important des Sociétés de tempérance dans la lutte contre l'alcoolisme et la criminalité.

R. Blondel.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imp. Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le service de désinfection de Paris. — Il n'est pas sans intérêt de revenir aujourd'hui sur le rapport que M. Landrin a présenté au Conseil municipal lors de la discussion du budget de 1896, à propos des résultats obtenus par le service municipal de désinfection.

Le rapport de M. Landrin dit qu'en sept ans, avec un personnel qui comprend quatre-vingts personnes, il a été effectué à Paris plus de 171,000 opérations de désinfection ; que la moyenne annuelle approche actuellement de 40,000, et il ajoute :

« En 1886, avant l'organisation du service, il mourait à Paris près de 6,000 personnes, enlevées par des maladies épidémiques ; dix ans après, en 1896, nous voyons ce chiffre, qui s'est abaissé graduellement, rester inférieur à 2,000. Ce sont trois ou quatre milliers de vies humaines sauvées chaque année. »

Il est hors de doute que les grands travaux d'adduction d'eaux de source ont puissamment contribué à l'amélioration de l'état sanitaire de la ville de Paris, mais la désinfection y entre pour une large part, et nous ne saurions trop engager la population à faire appel, en toute circonstance, au concours d'un service qui a déjà donné des résultats aussi remarquables.

La mortalité totale, qui était de 54,536 en 1892, époque où fut organisé le service de désinfection, est descendue, en 1897, à 46,987, soit une moyenne de 18,54 par 1,000 habitants au lieu de 22,47 ; cette diminution si considérable de la mortalité parisienne tient, pour une proportion importante, à la diminution des principales maladies zymotiques. Ces maladies, qui comptaient pour un dixième dans la mortalité totale, sont descendues au dix-huitième, dans la période 1891-1895 ; elles ne sont plus que le vingt-sixième en 1896 et le vingt-septième en 1897.

	1892	1897
Fièvre typhoïde	691	231
Variole	42	12
Rougeole	909	811
Scarlatine	158	76
Coqueluche	334	282
Diphtérie	[illegible]	306

M. Landrin fait observer que la tuberculose reste stationnaire parce que la prophylaxie de cette terrible affection, qui entre pour un quart dans la mortalité totale, n'est pas encore entrée dans nos mœurs ; il rappelle que le Conseil municipal et l'administration sont prêts à tenter les plus grands efforts pour lutter contre la tuberculose. En dehors des mesures hospitalières et des mesures de traitement à domicile chez les pauvres et les malheureux, qu'il appartient à l'Assistance publique de prendre, des moyens prophylactiques ont été tentés en 1897 par le service municipal de désinfection en vue d'une campagne méthodique et plus complète à poursuivre à l'égard de cette maladie.

Le rapport se termine par le vœu que la rougeole, celle des maladies zymotiques qui est aujourd'hui la plus meurtrière, soit comprise dans la liste des maladies pour lesquelles la déclaration médicale est obligatoire, aux termes de la loi du 30 novembre 1892. (*Revue médicale.*

La situation des médecins et infirmiers coloniaux. — De récentes décisions ont, comme on sait, dénié aux commissaires coloniaux et aux médecins coloniaux la qualité d'officiers. Contrairement à ce que pensait le ministère des Colonies, les avantages de corps militaire furent refusés à ces deux groupes. La même question vient de se poser pour les infirmier coloniaux. Un infirmier de l'Indo-Chine avait été traduit devant le tribunal maritime d'Hanoï, qui s'était déclaré incompétent. On le traduisit alors devant la juridiction de droit commun qui se déclara également incompétente.

Devant ces deux déclarations d'incompétence, l'affaire fut portée devant la Cour de cassation pour règlement de juges et celle-ci a renvoyé l'infirmier dont il s'agit devant un conseil de guerre et a ainsi reconnu la qualité de militaires aux infirmiers coloniaux. Voici le texte de l'un des motifs de la Cour suprême. Elle déclare « que les infirmiers coloniaux qui sont assimilés aux infirmiers « des hôpitaux de la marine par le décret d'organisation du 14 février 1889 sont, en vertu de ce « décret et au même titre que les infirmiers des hôpitaux de la marine, justiciables des conseils de « guerre, conformément aux dispositions de l'article 77 du Code de justice militaire pour l'armée « de mer ; qu'il importe peu que les services coloniaux ne soient plus rattachés au ministère de la « Marine et que le corps des infirmiers coloniaux relève actuellement du ministère des Colonies « créé par la loi du 20 mars 1894 ; qu'il y a lieu de reconnaître que le décret du 14 mars 1889, « rendu sur le rapport du ministère de la Marine et des Colonies, a statué compétemment lorsqu'il « a assimilé le personnel militaire des infirmiers affecté au service des hôpitaux des colonies, dépen- « dant alors de la marine, aux infirmiers des hôpitaux de la marine ; qu'aucune modification n'a « été apportée aux dispositions de ce décret qui doit, dès lors, recevoir son exécution devant les « conseils de guerre, etc. »

La cour annule, en conséquence, le jugement d'incompétence du conseil de guerre et renvoie l'affaire devant la juridiction militaire.

A la suite de cet arrêt, le Conseil des ministres a autorisé le ministre des Colonies à déposer un projet de loi ayant pour objet de donner la sanction législative aux décrets qui régissent le corps de santé des colonies.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris.	20 fr.	Un an, Paris.	35 fr.
— Département et étranger.	23 fr.	— Département et étranger.	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

VALEUR DE L'ÉLECTROLYSE

dans le traitement des rétrécissements de l'urètre.

Par le Dr DESNOS,
Ancien interne des Hôpitaux.

(*Suite et fin.*)

MODE D'ACTION

Pour établir le mode d'action de l'électrolyse, tout au moins de l'électrolyse linéaire, j'ai eu recours à des expériences qui m'ont semblé intéressantes et dont les résultats sont assez concluants pour que j'aie cru devoir les présenter à la Société de chirurgie. Quoiqu'elles remontent déjà à plusieurs années (1), je crois devoir rapporter ici mes conclusions, car je ne sache pas qu'aucun travail de ce genre ait été publié depuis et rien n'est venu en infirmer les résultats.

Je ne ferai d'ailleurs que le résumer brièvement.

Ayant produit artificiellement sur des chiens un rétrécissement du canal de l'urètre qui ne laissait passer qu'une bougie n° 6, j'ai cherché à diviser ce rétrécissement au moyen des courants continus. Pour cela je me suis servi d'un conducteur spécial construit par M. Gaiffe de la façon suivante : dans la lumière d'une petite sonde-bougie n° 6 on fit passer un fil de platine qui perfora la sonde à 3 centimètres de son extrémité effilée pour y être réintroduite 5 millimètres plus loin ; la partie découverte du métal, aplatie latéralement pour former une lame mousse, décrivait une anse de 8 millimètres de longueur ; la saillie que celle-ci formait correspondait au n° 15 de la filière Charrière, c'est-à-dire au calibre de l'urètre normal des animaux dont nous nous servions pour nos expériences.

L'intensité du courant fut d'abord de 12 milliampères et portée ensuite jusqu'à 25, et ce n'est que dans quelques cas que progressivement elle atteignit 35 à 40 milliampères.

Je ne puis entrer ici dans le détail de ces expériences et je me bornerai à en résumer les résultats :

1° Lorsqu'on applique sur un rétrécissement de l'urètre une électrode négative en employant un courant relativement faible (10 à 12 milliampères), il se produit dès les

(1) DESNOS. Recherches expérimentales sur l'électrolyse de l'urètre. (*Ann. des mal. génito-urin.*, août 1893.)

premières secondes une action de diérèse assez marquée qui s'arrête bientôt ; si le rétrécissement est serré ou étendu, il faut doubler ou tripler l'intensité du courant pour le diviser complètement.

2° Lorsqu'on a franchi de la sorte un rétrécissement, il se produit une récidive rapide ; le tissu qui la forme est dur et peu extensible.

3° Le courant négatif porté au moyen d'une lame mousse sur un point limité d'un urètre normal, produit sur la muqueuse une action de diérèse peu marquée ; la partie la plus superficielle de la muqueuse est divisée dès les premières secondes, puis le travail paraît s'arrêter et il faut employer une intensité beaucoup plus considérable pour y creuser un sillon profond. Dans ce cas la destruction n'est pas limitée au point touché par la lame électrolytique, mais elle s'étend en surface : il en résulte une escarre superficielle.

4° Sous l'action du passage du courant une congestion vive se produit au point électrolysé ; si l'intensité augmente, une ecchymose et de petits épanchements sanguins sous-muqueux apparaissent.

5° L'application du courant négatif sur la muqueuse saine y détermine à bref délai un rétrécissement ; il semble que celui-ci s'est produit à la fois par la rétraction cicatricielle de la muqueuse cautérisée et par le travail de résorption du petit épanchement sanguin sous-jacent, suivant un processus comparable à celui des rétrécissements traumatiques chez l'homme.

Ces résultats expérimentaux étaient pleinement confirmés par ceux que nous a fourni l'observation clinique, mais nous traiterons plus complètement ce point lorsque nous parlerons des résultats cliniques obtenus avec les deux méthodes par les différents opérateurs.

Quant à l'électrolyse lente, il nous a été impossible d'obtenir des résultats appréciables au moyen de l'expérimentation. Nous empruntons donc à Newmann l'étude qu'il a faite du mode d'action de son procédé.

Dans une communication faite au Congrès international tenu à New-York en 1887, et longuement résumée par le Dr Danion dans son journal *l'Electrothérapie*, Newmann en se basant sur une pratique de dix-huit ans et sur deux cents malades de sa clientèle privée, observés de près et longtemps, s'exprime ainsi : « Dans tous les cas lorsque par aucun moyen médical le rétrécissement n'avait pu être franchi, j'y suis arrivé par l'électrolyse lente et *il s'agit bien dans ce cas d'une action lente et non d'une dilatation;* » et plus loin : « *Le problème ne consiste pas à cautériser, brûler ou détruire les tissus, mais à en déterminer la résorption.* »

Pendant une observation dont la durée variait de trois ans et demi à onze ans, aucune rechute n'a été constatée. Il est inutile de dire que les courants dont se servaient Newmann étaient d'intensité très faible de 5 à 6 milliampères.

On voit combien profonde est la séparation entre les deux méthodes : elles mettent en jeu l'une et l'autre, il est vrai, un même agent, l'électricité, mais les différences sont considérables, aussi bien dans le technique que dans le mode d'action et les résultats.

Dans un cas il s'agit d'une action moléculaire à peine saisissable, qui ne détermine aucune altération apparente des tissus, mais elle n'en est pas moins profonde et durable. Par l'autre, on produit une cautérisation véritable, une destruction des tissus à l'aide d'un caustique, et, il faut bien le dire, dans la majorité des cas, à l'aide aussi d'une action mécanique. Ainsi s'explique la présence des escarres, des épanchements sanguins sous-

muqueux, de cette diffusion de l'action caustique. On comprend comment ces lésions plus ou moins étendues ne peuvent se réparer que par un tissu cicatriciel également étendu et épais, et ainsi se trouvent expliqués les résultats cliniques qu'il nous reste à exposer.

Ces résultats ont été analysés et bien décrits par plusieurs auteurs et en particulier par Lang (1) qui, comparant le mode d'action de deux procédés, admet que les modifications du tissu cicatriciel consistent en une imbibition séreuse et en une infiltration par l'hydrogène en cas de courants faibles et de courte durée (méthode lente), et en une *gangrène moléculaire* en cas de courants intenses (électrolyse linéaire).

De son côté, M. Danion s'exprime ainsi :

« Je n'hésite pas à conclure dès maintenant que la dilatation des rétrécissements de l'urètre, tout au moins dans un certain nombre de cas, peut être déterminée par une action exclusivement *électro-dynamique*, et que la destruction et la divulsion sont complètement étrangères aux effets produits par l'urétrolyse progressive. »

Résultats cliniques.

ÉLECTROLYSE LINÉAIRE

Les chirurgiens qui ont eu recours à l'électrolyse sont assez nombreux et il est remarquable de constater combien les conclusions auxquelles ils ont été conduits sont dissemblables, au point de vue aussi bien des avantages que des défauts qu'ils reconnaissent à la méthode, et cela dès les premiers moments comme à l'époque actuelle.

Nous passerons en revue d'abord les travaux qui ont trait à l'électrolyse linéaire, puis ceux qui se rapportent à l'électrolyse lente.

Un des premiers auteurs à qui on doit un mémoire sur ce sujet est M. Durand, qui dans sa thèse intitulée : *De l'électrolyse et de son emploi dans les cas de rétrécissements de l'urètre* (2), conclut ainsi :

« Si l'électrolyse échoue dans les rétrécissements traumatiques infranchissables, elle réussit à merveille le plus souvent dans les cas de rétrécissements blennorrhagiques et ces cas sont incomparablement les plus nombreux. Le bénéfice de cette méthode est assez grand de la sorte pour qu'on la place au nombre des grands modes de traitement des rétrécissements de l'urètre. »

En comparant les résultats donnés dans les rétrécissements blennorrhagiques par la dilatation avec ceux obtenus par l'électrolyse, il constate : « La supériorité de l'électrolyse apparaît ici d'une façon frappante. Elle donne les mêmes résultats dans un temps infiniment plus court et cela sans occasionner d'accidents et sans nécessiter de manœuvres intérieures. »

M. Tripet, dans son travail sur *L'électrolyse appliquée au traitement curatif des rétrécissements urétraux* (3), formule les conclusions suivantes :

1° Opération facile et généralement peu douloureuse pour le patient;

(1) *Ann. des mal. génit.-urin.*, 1894, p. 533.
(2) Thèse de Paris, 1873.
(3) Thèse de Paris, 1881.

2° Pas ou peu d'écoulement sanguin;

3° Pas ou rarement d'accès de fièvre.

Avec M. Bouquet nous avons une note différente. Dans sa thèse *Sur la valeur de l'électrolyse dans les cas de rétrécissements de l'urètre* (1), il condamne l'électrolyse qui appliquée à la cure des rétrécissements du canal de l'urètre n'offre pas plus de simplicité dans sa technique et dans son manuel opératoire que l'urétrotomie interne.

Elle n'est pas plus bénigne que cette dernière. Les résultats sont loin, à tous les points de vue, d'être aussi satisfaisants.

Harry Fenwick (2), se basant sur l'observation de 350 cas, exprime cette opinion que « l'électrolyse n'est guère applicable qu'aux cas récents de rétrécissements annulaires ».

M. Guelliot (3) n'a observé aucun accident dans les 15 cas où il avait appliqué l'électrolyse, mais ce procédé ne lui paraît applicable qu'aux rétrécissements qui ne sont ni trop serrés, ni trop durs, et qui ne présentent pas une longueur trop considérable.

C'est surtout M. Fort qui après avoir modifié l'instrument de Jardin comme nous l'avons décrit plus haut, s'est fait partisan de la méthode linéaire. Il a présenté un nombre de cas extrêmement considérable. Il emploie une pile à courant continu de 20 à 30 milliampères; « il se fait, dit-il, une destruction moléculaire du tissu du rétrécissement de l'urètre électrolysé en contact avec la lame de platine. »

M. Fort formule les conclusions suivantes :

1° En présence d'un rétrécissement, dit infranchissable, le chirurgien doit persévérer avec patience dans le cathétérisme par les bougies filiformes.

2° Il faut dans ce cas avoir recours à l'électrolyse linéaire, opération particulièrement bénigne, de préférence à l'urétrotomie externe dont tout le monde connaît les dangers.

M. Lombardi a publié un travail intitulé : *Sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements de l'urètre* (4), et où les observations sont presque toutes empruntées à M. Fort; il ne formule pas de conclusions positives, mais croit que la valeur curative de l'électrolyse est réelle et semble surtout convenir dans les rétrécissements d'origine blennorrhagique.

Les autres auteurs qui ont eu recours au procédé linéaire sont loin de se féliciter des résultats obtenus, surtout des résultats éloignés.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine, le 5 février 1889, M. Lavaux constate que tous les faits concernant les résultats éloignés de l'électrolyse linéaire prouvent que ce procédé n'a pas donné les résultats durables qu'il avait d'abord fait espérer. La communication de M. Lavaux était d'autant plus importante que l'auteur a eu l'occasion de revoir d'anciens malades de MM. Mallez et Jardin qui les avaient traités par le procédé linéaire, et chez tous il avait constaté des récidives.

Hâtons-nous de dire que M. Lavaux a modifié son opinion sur l'électrolyse et qu'il emploie cette méthode habituellement, mais avec un instrument d'un dispositif spécial qu'il a inventé.

---

(1) Thèse de Montpellier, 1892.
(2) Assoc. méd. Britann., 10 août 1888.
(3) Société de Chirurgie, 21 juin 1893.
(4) Thèse de Paris, 1890.

M. Bazy (1), dans la discussion qui avait élevé la communication de mon travail, fait remarquer que « les résultats éloignés n'ont pas été ceux que faisaient espérer les défenseurs de la méthode », et il ajoute : « l'électrolyse linéaire avec des courants de 30 à 40 milliampères sont dans certains cas tout à fait impuissants. »

Le travail qui est peut-être le plus important sur ce sujet a été publié par M. Monat dans les *Annales des maladies génito-urinaires* (2), car il est basé sur 296 cas. L'auteur a constaté des récidives dans presque tous les cas traités et émet l'opinion que l'électrolyse linéaire est un non-sens chirurgical, car elle est en contradiction avec la théorie sur laquelle elle s'appuie.

Sur 40 cas traités par le Dr Cordier, au moyen de l'électrolyseur de M. Fort, perfectionné par Lafay (3), les résultats immédiats ont été satisfaisants, mais les résultats éloignés l'ont été beaucoup moins, car sur 23 opérés, que l'auteur a revus un an après l'opération, 10 seulement urinaient à plein canal, autrement dit, 13 présentaient des récidives plus ou moins complètes.

M. Bracquehaye a rapporté cinq observations; dans deux cas, l'opération n'a pas pu être terminée (4), l'électrolyseur de M. Fort n'ayant pas pu franchir le retrécissement au bout d'un temps assez considérable (jusqu'à trente minutes), et malgré l'intensité du courant (30 à 35 milliampères) dans les trois autres, on a constaté des récidives très rapides, dans un cas même il a suffi de quinze jours pendant lesquels le malade ne se passait pas de bougies, pour qu'il perdît cinq minutes.

J'arrive aux résultats de ma pratique personnelle qui sont assez médiocres : dans mon mémoire de 1893, je relève les chiffres suivants : sur 25 malades traités par l'électrolyse linéaire, 9 sont restés dilatables et 11 indilatables; parmi ces derniers, 4 ont dû subir ultérieurement une ou plusieurs urétrotomies internes. Enfin, chez 5 malades, le rétrécissement n'a pu être franchi par la lame électrolytique. Depuis lors je n'ai appliqué que bien rarement l'électrolyse linéaire, car les résultats précédents ne m'y avaient pas engagé, mais les insuccès ont été encore plus nombreux, 9 opérés sur 7 ayant récidivé et s'étant montrés indilatables.

Plus intéressante que cette statistique prise en bloc est l'analyse du détail de ces faits. En effet, chez tous les malades qui sont restés dilatables, la durée de l'électrolyse a toujours été courte, atteignant à peine dix minutes et, point non moins important, l'intensité du courant est restée faible, sans dépasser jamais 10 milliampères. Au contraire, lorsque la dureté, la longueur, la multiplicité des rétrécissements, très rapprochés les uns des autres, obligeaient à prolonger la séance et à augmenter le nombre des éléments, une récidive rapide a été la règle.

Nous passerions encore condamnation sur ce point, car, bien que d'autres méthodes permettent aujourd'hui dans bon nombre de cas d'obtenir une guérison durable, il n'est jamais possible de promettre ce résultat. Mais une objection plus grave doit être faite, c'est que le rétrécissement ne conserve plus les mêmes caractères; beaucoup de stricture molles, souples et dilatables sont transformées en tissu induré, inextensible, et ne

(1) Société de Chirurgie, 28 juin 1893.
(2) *Ann. des mal. gén.-urin.*, 1890.
(3) Société des Sciences médicales de Lyon, avril 1890.
(4) Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 6 janvier 1890.

se prêtent plus à la dilatation. J'ai devant moi six observations de rétrécis qui depuis de longues années se faisaient dilater ou se dilataient eux-mêmes régulièrement; les uns et les autres, séduits par la promesse d'une guérison radicale, se laissèrent électrolyser; or, à une époque qui a varié chez chacun d'eux, mais très rapprochée de leur électrolyse, le rétrécissement s'est reproduit avec des caractères d'induration tels que quatre d'entre eux ont dû être urétrotomisés.

Enfin, les deux autres observations suivantes me semblent également très concluantes, car elles concordent avec les résultats de mes expériences sur les chiens. Un malade vient me consulter en 1890, se croyant atteint d'un retrécissement. Comme il n'en présentait aucun symptôme, je l'explore, sans rencontrer le moindre obstacle, et pour lui fournir une démonstration, j'introduisis d'emblée une bougie n° 46. La conviction ne fut pas de longue durée et il alla trouver un autre chirurgien qui, trompé sans doute par la résistance de la région membraneuse, pratiqua d'emblée l'électrolyse. Trois mois après le malade revint me voir; il présentait, au niveau du cul-de-sac du bulbe, un rétrécissement qui n'admettait qu'un 14 (Charrière). Il y a deux ans, j'ai été témoin d'un autre fait exactement semblable.

Je suis donc conduit à croire que l'électrolyse linéaire n'est admissible qu'autant qu'elle permet de franchir rapidement et avec de très faibles intensités. Dans ce cas, elle produit une action interpolaire, une dissociation des éléments anatomiques, une véritable électrolyse. Dès que la durée augmente ou que l'intensité s'accroît, l'action caustique s'exerce et cette cautérisation, l'expérimentation l'a prouvé, n'est pas linéaire; elle s'étend à distance et détermine des hémorragies interstitielles. On comprend donc comment les récidives dures, inextensibles sont de règle en pareil cas, comment en un mot on imprime à un rétrécissement blennorrhagique les caractères d'un rétrécissement traumatique.

ÉLECTROLYSE LENTE OU PROCÉDÉ DE NEWMANN

C'est dans les travaux de Newmann, le promoteur et le défenseur de la méthode à laquelle il est resté fidèle depuis près de vingt ans, qu'on trouve le plus grand nombre de cas dans lesquels l'électrolyse lente a été appliquée.

Déjà, en exposant le mode d'action de deux procédés, je faisais remarquer que sur deux cents cas Newmann n'a jamais observé de rechutes; les résultats, la valeur des observations de Newmann est admirable, car la plupart de ses malades ont été suivis par lui pendant de longues années; quelques observations portent sur des malades qu'il n'a pas perdus de vue pendant dix années et plus. Il lui a fallu une patience bien grande pour pouvoir mener à bien la dilatation de deux cents urètres avec un procédé aussi lent sans rencontrer une seule contre-indication, et peut-être aussi une longue série heureuse, car de mon côté j'ai trouvé des contre-indications ou plutôt des impossibilités d'appliquer la méthode qui s'est montrée impuissante.

Quoi qu'il en soit, c'est bien à la faiblesse du courant et à de longs intervalles laissés entre les séances que Newmann attribue ce mal. A ce sujet, il s'exprime ainsi : « De longs intervalles entre les séances et des courants faibles (5 à 6 milliampères) sont des règles auxquelles je me conforme encore actuellement et je ne saurais trop les recommander aux opérateurs comme le point le plus important de ces opérations.

« Des malades ont été guéris et le mot guérison est employé, dit Newmann, dans le sens de conservation du calibre de l'urètre obtenu et après le renvoi du malade considéré comme guéri, possibilité de pratiquer sans difficulté au bout d'un an ou même de plusieurs années le cathétérisme avec le même numéro de la sonde qui avait servi dans les derniers jours du traitement (1). »

Un autre chirurgien américain, Simmons (2) insiste, lui aussi, sur la nécessité qu'il y a d'employer des courants faibles (il conseille d'employer 4 à 8 milliampères), de rejeter absolument les courants forts et de ne pas craindre de faire des électrolyses répétées.

Dans un travail basé sur cinquante observations, Bruce Clarke (3) dit avoir employé des courants faibles de 5 à 10 milliampères, bien que de durée assez longue (cinq à trente minutes). Les résultats obtenus étaient, en somme, favorables, mais le temps écoulé n'était pas assez long pour qu'on pût formuler des conclusions définitives. Cependant, chez deux malades opérés depuis quatre ans, on a pu constater que la guérison se maintenait, bien que — fait très important à noter — ils n'eussent jamais employé la dilatation depuis le moment où ils avaient été opérés.

Mes observations personnelles tout en étant favorables à la méthode de Newmann ne permettent pas cependant de l'accepter comme une méthode générale. Dans mon mémoire de 1893, je constatais que sur 21 malades ainsi traités, 12 étaient améliorés ou guéris. Depuis lors, j'ai observé à peu près la même proportion puisque sur un total de 40 malades traités, je relève 25 améliorations ou guérisons. Mais je trouve, par contre, une proportion assez grande (6 sur 19) de rétrécis qui ont résisté complètement à l'action électrolytique. Chez deux d'entre eux, huit séances d'électrolyse lente n'avaient amené aucun résultat, bien que leurs rétrécissements ne fussent pas très étroits ; chez eux et chez les autres, l'induration des parois était médiocre et ils semblaient donc devoir se prêter à l'action douce et lente de l'électrolyse à courants faibles. Je me hâte de constater qu'aucun de ces malades n'a vu d'ailleurs son état aggravé par les essais de cette méthode ; je ne pourrais pas en dire autant de l'électrolyse linéaire.

Enfin, chez tous mes malades améliorés par la méthode de Newmann, j'ai retrouvé soit immédiatement, soit après un intervalle plus ou moins long, une souplesse particulière du canal, telle que j'ai pu l'employer, ainsi que je l'ai dit, comme un moyen de corriger l'induration de certains urètres qui se prêtent mal à la dilatation, et ont une grande tendance à la récidive. C'est là, à mon avis, l'avantage le plus particulier qu'on peut retirer de ce mode de traitement, et qui en constitue la caractéristique.

En me basant sur tout ce qui précède, j'estime donc que l'électrolyse linéaire n'offre aucun avantage sur les autres procédés, que par contre elle présente de grands inconvénients ; elle laisse presque toujours après elle des inégalités, des saillies, des indurations de l'urètre que l'introduction d'un explorateur à boule fait reconnaître. Beaucoup de sujets mentionnés comme guéris urinent plus ou moins facilement, mais ils ont un canal dans lequel une bougie 15 ou 16 chemine à frottement. Ce sont là des sujets voués à une récidive prochaine. Il importe de le dire bien haut, un rétréci ne peut être considéré comme guéri ou, pour employer des termes plus exacts, le traitement d'un

(1) D'après la traduction de M. Danion.
(2) *Journ. American*, 12 décembre 1891.
(3) Société de Médecine de Londres, 1er décembre 1889.

rétréci ne peut être considéré comme terminé que lorsque le calibre normal (nos 27 à 30) sera reconquis et qu'un explorateur à boule y cheminera d'un bout à l'autre sans rencontrer de saillies. Combien d'urètres électrolysés présentent ce caractère? Je n'en ai pour ma part rencontré qu'un bien petit nombre.

Il n'en est pas de même de l'électrolyse lente, laquelle, je le répète encore, laisse à l'urètre une souplesse remarquable. Elle est sans danger et peut être essayée chez la plupart des rétrécis, mais le principal écueil qu'on rencontre dans la pratique est de faire accepter aux malades la longue durée qui est nécessaire pour le traitement. Celle-ci, dans plusieurs cas, a dépassé une année et je ne compte plus les malades qui ont abandonné une cure aussi lente pour recourir à d'autres procédés.

L'HEURE DU MÉDICAMENT

Par le Dr Emile Vogt.

Les quelques notes que nous apportons ici ne sont pas destinées à faire connaître des faits nouveaux : elles ont uniquement pour but de rappeler au praticien sur quels principes il doit toujours s'appuyer quand il recommande aux malades de choisir tel ou tel moment pour l'ingestion médicamenteuse. Ces principes se trouvent fréquemment en opposition avec les habitudes du public : le médecin n'est, cela va sans dire, jamais interrogé dans ce dernier cas, aussi négligera-t-il souvent de corriger des erreurs qu'il ignore.

Nombre de substances médicamenteuses peuvent sans inconvénient être prescrites à volonté à jeun, pendant ou après le repas : il ne s'agit pas alors, en général, de médicaments actifs, aussi présentent-ils peu d'intérêt au point de vue qui nous occupe.

Si l'on veut bien se rendre compte des effets que peut produire l'ingestion dans l'estomac d'un médicament quelconque, il faut avant tout ne pas perdre de vue que l'estomac représente un réservoir à réaction acide, réagissant, sous l'influence d'irritations localisées, par des phénomènes douloureux, et n'entrant en activité physiologique que sous l'influence d'excitations plus importantes. Si donc on veut faire tolérer une substance irritante, il faudra éviter de donner cette substance sous un petit volume, car elle provoquera, en arrivant dans l'estomac, des phénomènes douloureux et des perturbations localisées. Si au contraire cette substance est donnée en état de dilution, ou si elle arrive

dans un estomac en pleine activité digestive, on n'aura pas à craindre d'irritation localisée. Donc, les médicaments irritants solubles seront donnés en état de dilution, les insolubles au moment du repas. Les liquides ne séjournant jamais longtemps dans l'estomac, les solutions préparées d'après ces données pourront être administrées à jeun sans inconvénient.

Il n'est du reste pas nécessaire qu'un médicament soit irritant pour provoquer, pris à jeun, des troubles gastriques : la forme du médicament peut avoir une influence nocive. Chaque praticien sait que l'ingestion de pilules à jeun provoquera fort souvent de la gastralgie, et s'abstiendra en général de les administrer à ce moment. Quand il s'agit, au contraire, de cachets, on prend moins de précautions. La vogue de ce mode d'administration médicamenteuse est si grande, les malades y sont tellement habitués, qu'on néglige la plupart du temps d'entrer dans quelques détails à ce sujet. Nous ne croyons pas exagérer en disant que l'article de Bricemoret (*Journal des Praticiens*, nos 29 et 30, 1897) a produit un certain étonnement, et cependant ses conclusions sont absolument conformes aux données physiologiques. Supposons un cachet ingéré, comme c'est presque toujours le cas, avec très peu d'eau ; au moment où il s'ouvrira dans l'estomac, la poudre qu'il contient se trouvera en contact avec un point localisé de la muqueuse et l'irritera plus ou moins fortement. S'il s'agit de salicylate de soude, par exemple, ce contact peut même arriver à produire une ulcération de la muqueuse. Il faut donc, quand on veut faire tolérer à un estomac vide un cachet médicamenteux, administrer ce dernier dans une grande quantité de véhicule. Il va sans dire que si l'on donne le cachet pendant le repas ou au début de la digestion, cette précaution n'est plus si nécessaire. Le médicament se mélange en effet intimement au bol alimentaire, se divise à l'infini et ne peut plus exercer d'action irritante localisée.

On n'oubliera pas, à propos de la quantité de véhicule à ingérer, que la femme est en général rebelle à toute ingestion copieuse de liquide. Les raisons qui la guident, si elles ne sont pas d'ordre purement médical, méritent toutefois d'être rappelées. Dans l'état actuel de la société, la femme ne peut facilement satisfaire au besoin d'uriner ; le nombre des mictions est forcément réduit à un minimum et elle redoute toute cause de suractivité des fonctions urinaires. La préoccupation de conserver sa taille, la crainte du météorisme la pousse en outre à ne pas tenir un compte trop rigoureux des prescriptions médicales tendant à augmenter la quantité de liquide qu'elle a l'habitude d'absorber.

L'heure du médicament variera aussi, suivant que l'on désire une absorption plus ou moins active. Les liquides ingérés à jeun sont absorbés très rapidement, à condition qu'ils ne séjournent pas trop longtemps dans l'estomac : les solutions à prescrire à jeun seront donc toujours diluées, pour que l'estomac les garde le moins longtemps possible.

Il est certain que l'on arrive exceptionnellement à faire tolérer par l'estomac à jeun des solutions concentrées, mais une médication prolongée ne saurait être instituée dans ces conditions : les solutions concentrées ne pourront donc être prescrites qu'au moment du repas.

Les phénomènes digestifs qui ont pour siège l'estomac exercent-ils une action modificatrice sur le médicament ? Cette action n'est guère probable, en dehors de quelques cas particuliers, tels, par exemple, que la neutralisation de substances alcalines par l'acidité stomacale.

L'influence du médicament sur la digestion stomacale est, au contraire, fort importante à considérer. Certains médicaments interrompent, quand on les donne à hautes doses

entièrement le travail digestif. Citons parmi eux le chloroforme, les naphtols, la saccharine ; pour cette dernière, cette action constitue le plus grand obstacle à son emploi chez les diabétiques. On doit d'autant plus se méfier de la saccharine que son influence dépressive sur la nutrition rappelle un phénomène qui s'observe fréquemment chez le diabétique : on a donc une tendance à attribuer à l'évolution du diabète des troubles nutritifs que la saccharine peut avoir causés.

Les médicaments de ce groupe ne seront donnés qu'en petites quantités à la fois, et à un moment où la digestion stomacale, déjà avancée, ne pourra plus être facilement enrayée.

D'autres substances provoqueront, à leur arrivée dans l'estomac, un état pathologique de la muqueuse et enrayeront ainsi la digestion. Nous citerons à cet égard les sels métalliques, les iodures, les bromures, qui retardent par ce mécanisme le travail digestif et favorisent les fermentations secondaires anormales. On ne donnera ces médicaments que très dilués, surtout quand il s'agit de les administrer à jeun ou trois ou quatre heures après le repas du soir. Il est d'observation courante que les bromures, donnés au moment où le malade se couche, provoquent de la fétidité de l'haleine si on ne les fait pas ingérer dans une grande quantité d'eau. On sait d'autre part que Féré, en prescrivant des antiseptiques intestinaux, parvient à faire prendre à ses épileptiques des doses considérables de bromure sans s'exposer aux accidents du bromisme.

Pour les iodures, quand il s'agit d'obtenir un effet maximum, on aura avantage à les donner à jeun chez les malades qui les supportent facilement. Les acides du suc gastrique, les amylacés que contient le bol alimentaire peuvent en effet affaiblir ou modifier l'action thérapeutique des iodures. Si l'on a affaire au contraire à des patients exposés aux accidents d'iodisme, on donnera les iodures au milieu du repas.

Les sels hydrargyriques constituent tous, à l'exception du calomel, des irritants pour la muqueuse gastrique : on les prescrira donc en pilules à prendre au moment du repas ou en solutions très diluées : sous cette dernière forme, on pourra les donner à jeun ou le soir sans inconvénient. Pour le calomel, il occupe une place à part, depuis le jour où Mialhe lui attribua la faculté de se transformer en sublimé dans l'organisme, en présence du chlorure de sodium. La discussion qui s'est élevée à ce sujet à la séance du 24 décembre 1897 à la Société de thérapeutique semble avoir épuisé le sujet : la transformation intra-organique du calomel en sublimé n'existe pas et n'a jamais pu être démontrée, comme l'a dit M. Patein, et M. le Pr Pouchet a fort judicieusement fait remarquer que si l'on voulait empêcher la rencontre du calomel et du chlorure de sodium dans l'organisme, il faudrait auparavant débarrasser ce dernier de tout le chlorure de sodium qui fait partie intégrante des tissus, problème évidemment insoluble. Il n'y a pas lieu, en conséquence, de s'inquiéter du moment auquel le calomel doit être prescrit, et on n'a pas à craindre qu'en rencontrant le chlorure de sodium contenu dans le bol alimentaire, il ne produise des phénomènes d'intoxication.

Il arrive constamment qu'en ne tenant pas compte de l'irritation provoquée sur la muqueuse stomacale par des substances plus ou moins toxiques, on commet des erreurs de thérapeutique qu'il serait facile d'éviter. Les parents, par exemple, donneront sans hésiter à un enfant un verre de vin de quinquina au commencement du repas, alors qu'ils n'oseraient jamais faire ingérer à ce moment à leur progéniture un verre de malaga ou de madère. L'irritation provoquée par l'arrivée du liquide alcoolique reste pourtant la même dans les deux cas : l'addition du quinquina n'a pas pour effet de la diminuer. L'ex-

citabilité morbide qui représente un des premiers symptômes de l'alcoolisme est prise pour l'action tonique que le quinquina doit produire, et l'on continue dans cette voie jusqu'au moment où une gastrite alcoolique marquée nécessite l'interruption de la médication. Il faudra donc tenir la main à ce que le vin de quinquina et tous les vins similaires soient donnés à la fin du repas.

Les *amers* devront être pris au moment de se mettre à table : il est contre-indiqué de les donner une demi-heure avant le repas, car ils peuvent, s'ils sont en solution trop concentrée, irriter la muqueuse stomacale. Leur action excito-motrice a tout le temps de s'exercer au cours de l'acte digestif.

L'*huile de foie de morue* est souvent, bien à tort, administrée avant de se mettre à table : or, il est pour le moins inutile de recouvrir d'une couche d'huile extrêmement étendue une muqueuse à laquelle on va demander un travail d'absorption souvent déjà compromis par l'état de débilité du patient. Dans les pays où les grandes agapes sont en honneur, l'action inhibitrice exercée par l'huile sur l'absorption gastro-intestinale est bien connue : si l'on veut affronter sans broncher d'innombrables toasts, il suffit, avant de se rendre à la brasserie, d'avaler un petit verre d'huile d'olive.

L'huile de foie de morue sera donc prescrite une bonne heure au moins avant le premier repas, ou au dessert.

Le *fer* et l'*arsenic* seront toujours donnés au milieu du repas : inutile d'insister sur ces principes connus de tous.

Pour le *bicarbonate de soude*, tout dépend de l'action que l'on recherche : donné un peu avant le repas, il provoquera, comme Huchard l'a démontré, une hypersécrétion du suc gastrique ; donné après le repas, il neutralisera l'excès d'acidité du suc gastrique.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 février 1898.

Présidence de M. le Pr POUCHET

La Société désigne une commission de vingt membres chargée d'organiser, pour l'Exposition de 1900, un *Congrès de thérapeutique*.

A l'occasion du procès-verbal, M. Bocquillon présente une note complémentaire sur les *gelées d'agar-agar* présentées à la séance précédente par M. Gallois. Pour préparer cette gelée, on incorpore 10 grammes de gélose sèche dans un litre d'eau, on laisse en contact pendant une demi-heure à la température ambiante, puis on porte à l'ébullition et on filtre à travers une étamine. Parmi les médicaments *miscibles* à l'agar-agar, on trouve comme *substances solubles*, l'eau de chaux, le sel marin, le bicarbonate de soude, le borax, l'acide pyrogallique, le vinaigre, le chlorhydrate de cocaïne, la résorcine, l'iodure de potassium, la créosote, l'ichtyol, le nitrate d'argent, l'arséniate de soude, le perchlorure de fer, le tanin, l'antipyrine, le phénol, l'ergotine, les extraits aqueux, etc., etc.

Les *substances insolubles miscibles à l'agar-agar* sont le sous-nitrate de bismuth, le dermatol, presque tous les sels hydrargyriques, le sulfate de chaux, le naphtol camphré, l'oxyde de zinc, le talc, etc., etc.

Les *substances non miscibles* sont l'acide salicylique, le menthol, le thymol, l'iodol, l'airol, l'aristol, l'iodoforme, l'iode, le camphre, l'acide chrysophanique, l'essence de Wintergreen, le naphtol, l'huile de foie de morue, le soufre sublimé et lavé, l'essence de térébenthine, etc., etc.

On peut obtenir, en ajoutant 10 0/0 d'alcool, la miscibilité pour le camphre, l'acide chrysophanique, le thymol, l'acide salicylique et le menthol.

L'addition de 2 grammes de poudre de savon permet d'incorporer à la gélose de l'huile de cade.

M. Poulet (de Plancher-les-Mines) envoie une note concernant *les avantages du tubage momentané de la glotte dans le croup*. Le tubage permanent demandant à être étroitement surveillé par un personnel bien stylé, et la trachéotomie étant souvent refusée par l'entourage du petit malade, M. Poulet introduit dans le larynx soit un tube O'Dwyer, soit une sonde d'homme de calibre convenable : on peut, en laissant en place pendant cinq minutes une sonde entourée d'une mèche de linge fin imbibée d'une solution de nitrate d'argent, permettre au petit malade de respirer librement et d'expulser ensuite des fausses membranes.

M. Gougenheim revient sur la question du *traitement du lymphatisme* : l'aspect du scrofuleux diffère sous tous les rapports de celui de l'adénoïdien ; les accidents du côté de l'oreille, si communs chez ce dernier, s'observent rarement chez le scrofuleux. L'intervention chirurgicale, chez un adénoïdien, donne presque toujours des résultats très nets, tandis que chez les scrofuleux il serait peut-être dangereux d'intervenir si le malade n'était pas incessamment surveillé.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

L'épidémie d'influenza; antipyrine et quinine, par L. LANDOUZY. (*Presse médicale*, n° 10, p. 57, 1898.) — M. Landouzy s'élève contre l'abus que font de l'antipyrine un grand nombre de médecins, dans le traitement de la grippe. Il rappelle que ce médicament est indiqué comme antidouloureux et non autrement; cependant aujourd'hui, chez les grippés qui ne sont rien moins que douloureux, qui sont anéantis, prostrés par la grippe asthénique l'antipyrine est donnée et redonnée couramment sans que l'on en discute les indications ou les contre-indications.

Or, la médication par l'antipyrine, loin d'être indifférente, est trop souvent nocive dans les cas de grippe asthénique. L'antipyrine est un dépresseur du système nerveux: elle abaisse la tension vasculaire et produit facilement la vasodilatation périphérique; elle détruit les globules rouges chez les fébricitants; diminuant les oxydations organiques d'une part, faisant, d'autre part, moindre la tension sanguine au niveau du rein, elle raréfie quantitativement et qualitativement la sécrétion rénale, enfin elle abaisse le coefficient urotoxique. C'est pourquoi chez les asthéniques, les sueurs, l'hypotension vasculaire, l'insuffisance urinaire, la dépression du système nerveux, tout cela s'est trouvé accru du fait de l'administration de l'antipyrine.

Les dangers de l'antipyrine sont surtout à redouter chez les vieillards, les artério-scléreux, les cardiopathes, les emphysémateux, les albuminuriques, etc. Chez les malades toxi-infectés par la grippe d'une part, en instance d'auto-intoxication d'autre part, la médication par l'antipyrine vient encore entraver la dépuration.

En somme l'antipyrine est un médicament qui doit être réservé aux grippés algiques. Encore devra-t-on se souvenir que le soulagement aux douleurs de la grippe ne doit être demandé à l'antipyrine qu'autant que le grippé ne perdra pas, par d'autres côtés, plus qu'il n'aura gagné de celui-là.

La véritable, la pressante indication à saisir chez les malades asthéniques, est dans l'état de leurs forces qui demandent à être relevées. Aussi, la médication stimulante, la médication reconstituante doivent-elles prendre le pas sur toutes les autres; aussi les stimulants, les excitants diffusibles, les toniques (potion de Todd, café, quinine, sérothérapie artificielle, etc.), feront-ils la base des entreprises thérapeutiques.

L'antipyrine, dans le traitement des grippes doit céder le pas à la quinine qui non seulement soulage nombre de grippés douloureux, mais encore relève et stimule au mieux les grippés asthéniques.

G. LYON.

Traitement des complications de la rougeole, par JOSIAS. (*Journal des Praticiens*, n° 2, p. 17, 1898.) — En présence d'accidents congestifs du côté des poumons, on fait de la révulsion à l'aide de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés aussi chauds que possible. On prescrit en même temps une potion de Todd, additionnée de 1 gramme d'acétate d'ammoniaque. On veille à ce que les enfants ne soient pas abandonnés dans leur lit, toujours couchés sur le même côté. Si la fièvre est intense, on peut employer l'antipyrine (50 centigrammes à 1 gramme) ou les sels de quinine (10 à 25 centigrammes de sulfate, de chlorhydrate).

Si les accidents broncho-pulmonaires persistent, il ne faut pas attendre les accidents asphyxiques pour instituer la balnéation. M. Netter préconise la balnéation tiède à 38° ou 40°. Josias préfère la balnéation froide, si la température est élevée (bain à 20° ou 22° de cinq à dix minutes de durée, donné toutes les trois heures, lorsque la température rectale accuse 39° et au-dessus). A défaut du bain froid, on pourra recourir à l'enveloppement dans le drap mouillé. En même temps, on soutiendra l'organisme par les boissons chaudes, le thé alcoolisé, le lait; on relèvera l'énergie cardiaque par les injections de caféine (20 à 40 centigrammes), d'éther.

La laryngite striduleuse spasmodique peut céder sous l'influence des fomentations chaudes sur le cou, des lavements de chloral (1 gramme à 1 gr. 50 d'hydrate de chloral pour 100 grammes d'eau et un jaune d'œuf), et surtout par les vaporisations d'eau.

Lorsque le spasme laryngé se prolonge, il aut trachéotomiser. La trachéotomie est, dans ce cas, préférable au tubage, car la présence du tube dans le larynx d'un tuberculeux peut entrainer des inconvénients sérieux.

Les stomatites sont moins fréquentes depuis qu'on pratique des lavages antiseptiques de la bouche. Quant aux accidents gangréneux, ils sont également devenus très rares, grâce à la pratique de l'antisepsie de la peau et des muqueuses. En cas de noma, il faut faire des lavages répétés, prolongés, avec des solutions de chloral à 1 pour 200, d'acide phénique à 1 ou 2 0/0 etc., faire des attouchements avec la glycérine résorcinée au cinquième, au dixième, pratiquer des cautérisations au galvano cautère ou au thermocautère.

Les otites suppurées nécessitent des injections fréquentes, des pansements avec la glycérine résorcinée au dixième, etc. Dans quelques cas on est obligé de ponctionner la membrane du tympan.

La conjonctive simple guérit facilement avec des lavages à l'aide d'une solution boriquée et l'instillation de quelques gouttes d'un collyre au borax :

Eau distillée.....	20 grammes.
Borax.....	10 centigr.
Laudanum de Sydenham	3 gouttes.

Dans les conjonctivites persistantes avec sécrétion muco-purulente, les lavages boriqués chauds doivent être répétés plusieurs fois par jour, on pratiquera de plus une ou deux fois par jour, des attouchements avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 0/0.

La conjonctivite pseudo-membraneuse peut être d'origine diphtéritique ou staphylococcique. Dans le premier cas, elle est justiciable des injections de sérum. Dans le second cas, on fera des lavages répétés cinq à six fois dans les vingt-quatre heures avec la solution suivante :

Eau stérilisée.....	1000 grammes.
Extrait thébaïque....	10 centigr.

Des lavages sont faits à la température de 40°. D'autre part, après chaque lavage, on enduira la face interne des paupières de la pommade suivante :

Vaseline.....	10 grammes.
Iodoforme.....	25 centigr.

S'il y a des lésions cornéennes, on instillera sur l'œil malade une ou deux gouttes d'un collyre à l'atropine à 1 0/0.

G. LYON.

Résultats obtenus avec la méthode de Haffkine dans les cas de peste. (*British med. Journal*, 25 décembre 1897.) — Une correspondance adressée au *British medical Journal* rend compte des excellents résultats obtenus dans la maison de correction de Bombay, avec les inoculations préventives préconisées par Haffkine. L'emploi du sérum d'Yersin, qui exige l'intermédiaire d'animaux et présente des difficultés techniques de préparation, n'a pas donné toute satisfaction à ceux qui l'ont utilisé. Haffkine se contente de cultiver le microbe de la peste dans du bouillon contenant du beurre : au bout d'une période de six semaines de végétation luxuriante dans le milieu de culture, le microbe est tué par l'action d'une température de 70°C. On ne filtre pas le liquide avant de s'en servir.

La méthode, d'abord essayée à la maison de correction, s'est répandue de là dans plusieurs localités où la peste exerce en ce moment ses ravages : on a fait, par exemple, à Kirkee, des expériences comparatives. Sur un groupe de serviteurs indigènes comprenant 1,542 individus d'âge et de condition semblables, 875 non inoculés donnèrent 138 cas de peste, dont 102 morts, et 667 inoculés 32 cas dont 18 morts, ce qui donne une réduction de mortalité de 80 0/0 à peu près.

A Damaun, 6,500 habitants non inoculés donnèrent 1,500 décès et 1,645 inoculés 33 décès seulement.

Il y a tout lieu d'admettre que la méthode, telle qu'elle est actuellement appliquée, permettra d'éteindre peu à peu tous les foyers existant dans la présidence de Bombay et sauvera un grand nombre d'existences.

E. VOGT.

La sérothérapie de la fièvre typhoïde. (*Pathological Society de Londres*, 4 janvier 1898.) — BOKENHAM rappelle que jusqu'ici on ne connaît pas encore de sérum présentant une action antitoxique pour la fièvre typhoïde. Il est probable que les sérums efficaces sont, à l'égard de cette affection, doués de propriétés *bactéricides* et non de propriétés *antitoxiques*. L'orateur admet la spécificité du bacille d'Eberth comme actuellement démontrée, aussi les méthodes d'immunisation doivent-elles avoir pour base l'emploi de ce bacille. Il existe deux méthodes d'immunisation, celle qui recommande l'emploi de cultures virulentes, et celle qui s'adresse à des cultures de bacilles morts. Bokenham prépare

un bouillon de culture additionné de 10 0/0 de sérum sanguin : il inocule dans ce milieu des bacilles typhiques virulents et soumet le liquide pendant trois semaines au moins à l'incubation : ensuite il filtre pour se débarrasser des bacilles. Ce liquide, inoffensif pour le cobaye, sert aux essais d'immunisation pratiqués sur des chevaux. Il faut alternativement inoculer le liquide ci-dessus et des cultures de bacilles morts ; au bout de quelque temps, le sérum d'un cheval ainsi traité provoquera la réaction de Widal avec une extrême facilité et neutralise la virulence du bacille d'Eberth. Les expériences sur le cobaye ont en outre démontré que ce sérum présente une action préventive très nette, et l'orateur pense qu'en suivant la voie indiquée par lui, on arrivera à obtenir un sérum qui pourra rendre de grands services thérapeutiques chez l'homme.

E. Vogt.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Des greffes d'os vivants, par Ricard. (*Académie de médecine*, 1er février 1898.) — M. Ricard rappelle qu'en 1891, il communiqua une première observation de greffe osseuse qu'il avait été amené à faire pour combler la perte de substance succédant à l'ablation d'un ostéosarcome de la région orbito-frontale droite. Il s'était servi de l'os coxal d'un chien sacrifié au moment même et placé de façon à recouvrir la brèche osseuse. Dans la suite, cette greffe persista sans être résorbée et la généralisation de cette tumeur, chose digne d'intérêt, se fit attendre cinq ans. Un nouveau fait vient de se produire, qui complète le premier et donne quelques aperçus nouveaux sur la façon dont se comporte la greffe d'os vivant, suivant les cas. Cette fois, il s'agit d'une femme de 28 ans, atteinte depuis l'enfance de la déformation dite « nez en lorgnette » à un degré qui l'affectait beaucoup. Par deux fois, un trépied métallique intercutanéo-muqueux, appliqué par un premier opérateur, ne fut pas toléré. Il ulcérait les téguments du dos du nez, qui venaient se cicatriser au-dessous de lui. C'est alors que M. Ricard tenta avec bonheur l'opération suivante : dans une première intervention, il déracina le trépied métallique du squelette où il était implanté solidement. Après la cicatrisation complète, il fit une incision médiane allant du front au lobule médian, disséqua la peau des deux côtés, en ayant soin de respecter la muqueuse, dont il la sépara. Puis, pendant qu'un aide assurait l'hémostase par compression, il enleva le quatrième métatarsien du pied droit, le façonna, enleva les épiphyses trop saillantes et le coucha dans la gouttière nasale, en l'arc-boutant d'une part au frontal, qu'il fallut légèrement entamer, au-devant des os du nez déprimés et rudimentaires, d'autre part au lobule médian, abaissé préalablement et que la tige osseuse venait tendre en quelque sorte. Réunion de la peau au crin de Florence et pansement légèrement compressif qui tenait toute la tête. Au bout de huit jours, les points de suture furent enlevés. La réunion était parfaite et la restauration du nez très satisfaisante. Cinq mois après la malade fut revue ; la tige osseuse persistait encore. Au bout de dix-huit mois, elle s'est résorbée et se trouvait remplacée par un substratum fibro-élastique résistant, qui paraît définitif et suffisant à maintenir la restauration de la forme du nez. Les principales conclusions de l'auteur sont les suivantes : Les greffes osseuses vivantes hétéroplastiques ne sont pas éliminées, si l'on se conforme à l'asepsie la plus sévère. Leur absorption se produit souvent, mais elles laissent alors à leur place un tractus fibreux solide. Il n'y a pas d'avantage à se servir plutôt de greffes autoplastiques que de greffes hétéroplastiques, puisque nous voyons que cette dernière peut persister, alors que les autres sont résorbées. Pour la restauration nasale, la greffe autoplastique semble devoir fournir des résultats supérieurs à ceux que donnent les méthodes opératoires employées jusqu'ici.

Aug. Benoit.

Extirpation totale de l'estomac, par Schlatter. (*Corresp. Bl. f. Schwiz, Ærzte*, 1897, n° 23.) — Les faits de chirurgie stomacale sont devenus de pratique courante. Voici pourtant un fait qui nous paraît mériter toute l'attention du lecteur : Il s'agit d'une femme de 56 ans, ayant tous les signes d'un cancer de l'estomac : L'auteur laparotomie et se trouva en présence d' plasme qui infiltrait tellement les n'y avait pas possibilité de fair rostomie.

Au lieu de refermer le décida à pratiqu sépara l'estom et sectionna duodénum, a faite, il essaya l'œsophage, mais il le parti de ferm

en l'invaginant et faisant une suture à deux étages. Saisissant alors une anse d'intestin grêle, à 30 centimètres environ au-dessous du repli duodéno-jéjunal, il l'éleva, par-dessus le côlon transverse jusqu'à la section de l'œsophage, qu'il fixa sur elle par une suture séro-séreuse. Puis, incisant l'intestin, il fit une boutonnière qui lui permit de suturer sa muqueuse à celle de l'œsophage, pour terminer son abouchement par une suture séro-musculaire et séro-séreuse. Les pinces enlevées, la suture disparut avec l'œsophage au-dessus du diaphragme. Suites opératoires simples; 38° pendant quelques jours. A partir du troisième jour, la malade put être alimentée par la voie buccale. Deux mois après l'opération, elle avait gagné neuf livres et ne se plaignait de rien. On lui faisait prendre au début peu d'aliments à la fois, et surtout liquides, hachés ou râpés. Mais la malade devint bientôt capable do prendre des viandes en nature, comme si l'estomac ne faisait pas défaut. Le dosage des matières fécales et de l'urine montra que la malade assimilait les matières azotées d'une façon suffisante; pas d'indican dans l'urine; pas de traces de putréfaction intestinale, ce qui prouvait que la trypsine et les ferments pancréatiques sont capables de suppléer l'action de la pepsine. Les selles n'étaient pas plus précoces que normalement. L'auteur conclut que l'estomac n'est qu'un réservoir, un organe de protection pour l'intestin.

AUG. BENOIT.

Nouvelle application de la radiographie et de la radioscopie au diagnostic chirurgical, par le Dr DESTOT. (*Echo médical de Lyon*, 15 janvier 1898.) — Certains corps, faciles à introduire dans les cavités d'abcès ou dans les trajets fistuleux, sont doués de propriétés d'opacité qui permettent, grâce à la radioscopie, de reconnaître l'origine osseuse ou para-osseuse des abcès ossifluents. Telle est l'injection d'*éther iodoformé* ou de *glycérine iodoformée* et certaines autres (chlorures, bromures, iodures), dont l'emploi thérapeutique est moins défini. Il sera dorénavant plus difficile d'invoquer la guérison des coxalgies vraies, si l'examen radiographique vient à démontrer qu'en réalité les lésions proviennent du bassin, du trochanter, du sacrum ou de la colonne vertébrale. Un crayon d'iodoforme ou une injection iodoformée pourront servir à élucider cette question. En second lieu, l'insufflation d'air dans certains organes creux du ventre, rectum, vessie, estomac, permet de voir se détacher en sombre les organes pleins (foie, rate, utérus, tumeurs) (1). M. Destot a étudié également les mouvements du poignet, normaux et pathologiques. Il en résulte, pour lui, qu'on ne peut pas rapporter les fractures du radius à un même type; il existe une série de nuances allant de la fracture isolée du radius à la fracture du radius et de l'extrémité inférieure du cubitus, plus ou moins combinée avec les luxations des os du poignet, en particulier du scaphoïde.

AUG. BENOIT.

(1) ... d'ascite, qui est opaque

Du redressement des bosses d'après le procédé Calot. (*Medicins. Obos.*, n° 11, 1897.) — ANDERS déclare tout d'abord que, d'après lui, tout redressement ne pourra être véritablement efficace que dans les cas de spondylite récente, il reste absolument inutile dans des cas anciens. Anders a appliqué le procédé Calot chez 18 malades dont l'âge variait de 9 mois à 7ans; la durée de l'existence de la bosse variait de quatre mois à deux ans. Dans presque tous les cas l'affection était récente et la bosse était localisée dans la portion dorsale de la colonne vertébrale. Dans un certain nombre de cas il y avait aussi de la spondylite vertébrale. Trois de ces malades ont été opérés par le redressement violent, les trois autres par le procédé modifié. Dans tous les cas, on put procéder au redressement sans éprouver aucune difficulté. En ce qui concerne le pansement il faut pratiquer sur la paroi antérieure une grande fenêtre correspondant à la partie inférieure du trou. Dans un cas de redressement violent, l'enfant est mort au bout de trois semaines pendant lesquelles les suites opératoires avaient été fort satisfaisantes. L'autopsie n'a pas expliqué cette mort, mais, d'après l'auteur, on ne peut guère l'attribuer à l'opération, car l'enfant n'avait presque pas souffert. Deux malades ont quitté l'hôpital; quant aux autres, on ne saurait formuler à l'heure présente de conclusions formelles, mais il importe de dire que, pour le moment, ils se trouvent bien.

B. TAFT.

Traitement local de la douleur dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. LEMOINE, dans le *Nord médical* (janvier 1898), passe en revue les différents procédés de médication externe.

Trois substances viennent en première ligne : le salicylate de méthyle, l'acide salicylique, le gaïacol. Puis viennent le salol et le terpinol.

On verse une cuillerée à café de *salicylate de méthyle* ou essence de Wintergreen, dans un verre à liqueur, et rapidement, avec un pinceau, on badigeonne l'articulation ou les articulations malades. Immédiatement après, on recouvre la surface badigeonnée d'un morceau de taffetas gommé et d'une couche d'ouate. Le tout est

laissé en place pendant quelques heures et renouvelé une ou deux fois par jour s'il y a lieu.

Pour remédier à l'évaporation, souvent trop rapide, on peut employer le mélange suivant :

Vaseline liquide.....	20	grammes.
Salicylate de méthyle....	12	—

Les effets de l'*acide salicylique* sont moins rapides, mais il n'a pas l'odeur désagréable du précédent :

Vaseline.....	20	grammes.
Acide salicylique.....	4	—

On peut lui adjoindre le salicylate de soude, ce qui permet aux voies digestives de se reposer :

Vaseline.....	25	grammes.
Acide salicylique.....	4	—
Salicylate de soude.....	3	—
Extrait de belladone.....	1	—

Recouvrir de taffetas et d'ouate.

Le *salol*, utile surtout dans le rhumatisme blennorrhagique, est peu soluble, sauf dans l'éther.

Salol.....	4	grammes.
Menthol.....	2	gr. 50
Ether.....	4	grammes.
Lanoline.....	30	—

Le *gaïacol* est plus actif. On peut l'appliquer en nature, mais il vaut mieux l'incorporer dans l'alcool.

Alcool à 85°.....	20	grammes.
Gaïacol pur.....	4	—

Le quart de ce mélange suffit pour une application.

On peut employer l'une des deux pommades suivantes :

Vaseline.....	25	grammes.
Gaïacol.....	4	—

ou

Vaseline.....	30	grammes.
Salicylate de méthyle....	5	—
Acide salicylique.....	2	—
Gaïacol.....	4	—

Enfin le *terpinol* peut s'appliquer, soit associé à l'alcool :

Terpinol.....	10	grammes.
Alcool à 85°.....	10	—

soit associé au gaïacol :

Terpinol.....	10	grammes.
Gaïacol.....	4	—
Alcool à 85°.....	10	—

R. BLONDEL.

Moyen d'éviter le suintement des liquides à travers le canal de la ponction chez les hydropiques. (*Therap. Monatshefte*, février 1898.) — GUMPRECHT rappelle les nombreux inconvénients que présente l'écoulement de sérosité qui se fait, après une ponction, par l'ouverture cutanée : refroidissement de la peau baignée de liquide, eczémas, danger d'infection, etc.

Les moyens jusqu'ici préconisés pour s'opposer à cet écoulement sont peu efficaces. La compression est souvent insuffisante, le déplacement de la peau encourt le même reproche, la suture n'est pas facilement acceptée, et si on la pratique, le suintement continue à travers les points de suture. Le collodion appliqué sur la plaie est rapidement soulevé par le liquide.

L'auteur a adopté le procédé suivant : il applique sur l'ouverture un tampon d'ouate, soulève la peau des deux côtés du tampon, de façon à enfouir ce dernier et réunit les deux plis de peau par des bandes de sparadrap en croix. Au bout de deux à trois jours, la peau tend à reprendre sa position normale, mais le canal a eu le temps de se cicatriser : si tel n'est pas le cas, on fait un nouveau pansement qui suffit toujours à amener la cicatrisation.

E. VOGT.

Emploi du protoxyde d'azote pour les opérations de longue durée. (*The British med. Journal*, 22 janvier 1898.) — PATERSON se sert dans certains cas de protoxyde d'azote combiné à l'air atmosphérique pour anesthésier ses malades, même lorsqu'il s'agit d'opérations de longue durée. Dans 200 cas, il n'observa jamais de symptômes inquiétants, en faisant aspirer le protoxyde à l'état pur, et en laissant le malade respirer un instant à l'air libre, toutes les dix minutes environ. Mais le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène donne une anesthésie encore plus avantageuse, ainsi que Paterson a pu s'en assurer dans près de 150 cas opératoires.

Le tabagisme et l'alcoolisme constituent des conditions défavorables à l'emploi de la méthode. L'auteur, qui dirige le service de l'anesthésie à l'hôpital Saint-Bartholomew de Londres, ne reconnaît qu'un seul inconvénient à ce procédé, c'est la difficulté d'obtenir, pour de longues opérations, une anesthésie complète; il pense toutefois qu'avec l'expérience, on arrivera à échapper à cet inconvénient.

En résumé, le mélange dont nous parlons peut remplacer l'éther ou le chloroforme dans presque tous les cas; il est de beaucoup le moins dangereux à manier des anesthésiques, et mérite d'être utilisé beaucoup plus fréquemment qu'il ne l'a été jusqu'ici.

E. Vogt.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

L'entéro-colite muco-membraneuse, par M. de Langenhagen. (*Semaine médicale*, n° 1, p. 6, 1898.) — Le malade devra choisir ses aliments parmi les suivants : lait, potages au lait, bouillies (crème de riz, arrow-root, farine d'orge ou d'avoine, farine lactée, etc.); œufs, sous toutes leurs formes, viandes grillées ou rôties, blanches ou noires, coupées menues ou hachées; jus de viande, beefteck, etc.; cervelas, ris de veau; poissons légers et à chair tendre, bouillis ou frits. Les légumes devront être donnés en petite quantité, et toujours sous forme de purée. On sera sobre également de fruits cuits (compotes, etc.), et on recommandera plutôt, comme dessert, des crèmes, flans, crèmes renversées. Très peu de pain, grillé ou rassis.

Le vin doit être absolument proscrit. L'eau pure est la meilleure boisson pour les malades. Le lait est souvent mal supporté, surtout si on lui accorde une place trop exclusive dans l'alimentation; mais, en petite quantité, il rend de grands services. En tout cas, au moment des crises paroxystiques, le régime lacté constitue la seule ressource alimentaire.

On bannira d'une façon absolue de l'alimentation les graisses, les crudités, les pâtisseries, les liquides alcoolisés, les sauces, ragoûts, épices, crustacés, gibier, charcuterie (sauf le jambon maigre), etc.

Dans les cas graves ou invétérés il faut être plus sévère et ne permettre que du lait, des bouillies, des œufs et de la viande pulpée.

A défaut de lait, on conseillera les infusions chaudes; enfin le pain sera complètement interdit ou ne sera toléré que sous forme de biscottes.

Pour combattre la constipation les moyens à employer sont extrêmement variés. En première ligne, il faut placer les purgatifs huileux. L'huile de ricin, employée à petites doses réitérées tous les deux ou trois jours, peut être prescrite pendant de longs mois. On la prescrit en capsules ou mieux en nature, mélangée avec du café noir, du sirop de menthe, du cassis, à la dose de une ou deux cuillerées de café le matin au réveil. Certains médecins préfèrent les purgatifs salins; Glénard conseille le sulfate de soude ou le sulfate de magnésie (4 à 8 grammes tous les matins).

On peut encore utiliser la cascara sagrada, isolée ou associée à la rhubarbe et à la magnésie, ou bien le podophyllin et la belladone. Les grains inertes (lin, psyllium) suffisent aussi dans certains cas.

Les lavements répétés ont l'inconvénient d'émousser la sensibilité de la muqueuse rectale.

Pour calmer les douleurs l'un des meilleurs moyens est l'application sur le ventre de compresses échauffantes, c'est-à-dire recouvertes de taffetas gommé et de flanelle pendant toute la nuit. Le chanvre indien, sous forme de teinture ou d'extrait réussit souvent assez bien. La teinture de belladone à l'intérieur ou les suppositoires belladonés-opiacés peuvent rendre des services. Enfin, dans les grands cas il faut en venir à la codéine ou à la morphine.

Les troubles gastriques doivent être combattus par des moyens divers, suivant leur nature.

Pour agir sur la muqueuse intestinale et combattre l'état inflammatoire, enfin réveiller la tonicité de l'intestin on a préconisé les grands lavages intestinaux avec le bock, qui sont employés universellement aujourd'hui. Le plus souvent on se sert uniquement d'eau bouillie; cependant on additionne parfois l'eau de bicarbonate de soude, d'ichtyol (une à deux cuillerées pour un litre).

Le bock est élevé à 30 ou 40 centimètres au-dessus du plan du lit; M. de Langenhagen fait faire en général deux lavages. Le premier de 1 litre à 1 litre et demi est rendu immédiatement; le deuxième de demi à trois quarts de litre, est gardé quelques minutes. On peut, à ce moment, faire coucher le patient sur le côté droit, de façon que le liquide puisse plus aisément cheminer jusqu'au côlon tranverse et même au cœcum.

La température de l'eau a une grande importance. L'eau doit être portée à 45° et même à 48°, pour obtenir des effets plus existants et réveiller davantage la contractilité intestinale.

Toutes les fois qu'on constatera chez un malade un certain degré d'entéroptose, on devra lui conseiller le port de la ceinture hypogastrique de Glénard.

Enfin les moyens externes tels que l'hydrothérapie, le massage, ne doivent pas être négligés. Le massage local, même quand il y a

spasme, est susceptible de rendre les plus grands services, s'il est fait très doucement et très progressivement.

En ce qui concerne le traitement hydrothermal Plombières et Châtelguyon jouissent d'une réputation méritée. La première est surtout indiquée quand il y a des phénomènes spasmodiques très marqués et quand l'état nerveux général est particulièrement développé, tandis que la seconde conviendrait plutôt aux formes torpides. Lorsque les symptômes gastriques ou hépatiques concomitants ont acquis une certaine valeur, Pougues, Royat, Néris, Vichy, Carlsbad peuvent aussi rendre des services.

Si le repos après les repas est utile, il n'est pas moins nécessaire que les malades se livrent à d'autres moments à un exercice modéré.

G. Lyon.

Traitement de la diarrhée catarrhale par l'eau calcaire effervescente. (*Therap. monatshefte*, février 1898.) — Jaworski traite les affections catarrhales de l'intestin grêle et du gros intestin, consécutives aux écarts de régime, par l'emploi des sels de chaux. Il recommande d'incorporer à un litre d'eau gazeuse 2 grammes de carbonate de chaux et 2 grammes de salicylate de chaux, pour obtenir une eau faible, et de porter à 4 grammes la dose de carbonate de chaux et à 3 grammes celle de salicylate de chaux si l'on veut obtenir une solution forte. Ces solutions, bien bouchées, seront conservées à l'abri de la lumière.

Le malade devra prendre à jeun, une heure environ avant son premier déjeuner, 100 grammes de la solution forte et trois fois par jour la même quantité de la solution faible. Lorsque les selles sont redevenues normales, on prescrit pendant une à deux semaines un demi-verre de la solution faible à peine, et on continue à administrer pendant quatre à huit semaines, trois fois par jour, la même quantité de cette solution.

Les effets principaux de la médication sont la suppression rapide de la soif intense qui torture les malades, et une guérison facilement obtenue. L'action thérapeutique se retrouve dans les cas de diarrhée provenant de fermentations intra-stomacales (gastrectasie, carcinome).

Les ulcérations tuberculeuses de l'intestin bénéficient nettement de la modification, car on peut en peu de temps ramener le nombre des selles à une ou deux par jour chez les malades de cette catégorie.

E. Vogt.

Nature et mécanisme de l'action de l'atropine sur l'activité motrice de l'intestin, relativement à ses applications au traitement de la constipation habituelle et de la colique de plomb, etc., par Traversa. (*Il Policlinico*, p. 601, 15 novembre 1897.) — Les opinions sont contradictoires en ce qui concerne l'action de l'atropine sur l'intestin. Tandis que pour Bezold et Blœbaum l'atropine entrave les mouvements péristaltiques en paralysant les ganglions moteurs de l'intestin, d'autres au contraire, parmi lesquels Trasbot, Meuriot, Keuchel, Legros et Onimus, Nothnagel et Rombach attribuent à l'atropine la propriété d'accélérer les mouvements péristaltiques de l'intestin. Les expériences de ces derniers ont donné le contrôle scientifique au traitement empirique formulé par Bretonneau, puis employé par Trousseau, Hirtz, etc., et consistant dans l'emploi de la belladone contre la constipation.

Actuellement la plupart des cliniciens de marque recommandent cette substance.

Les expériences auxquelles s'est livré Traversa lui ont démontré que l'atropine, au lieu d'accélérer les mouvements péristaltiques de l'intestin, les paralyse en annihilant l'action des éléments nerveux (ganglions et plexus) qui sont logés dans les parois intestinales.

Comment s'expliquer dès lors l'action de la belladone dans la colique de plomb? Il est probable, suivant Traversa, qu'elle combat le spasme douloureux de l'intestin, spasme qui entrave le cours des matières, mais qu'elle n'a pas de propriété purgative.

G. Lyon.

Traitement chirurgical des hématémèses, par S. Duplay. (*Académie de médecine*, 1898.) — M. Dieulafoy a récemment communiqué à l'Académie une intervention d'urgence pratiquée par M. Cazin pour hématémèse foudroyante. L'estomac a été attiré en dehors et vidé de son contenu par pression; puis une pince Clamp a mors de caoutchouc prévint le reflux et permit d'ouvrir à vide. Incision de 10 centimètres et retournement complet de l'estomac pour explorer sa muqueuse. Celle-ci portait quatre petites érosions, sur une surface de 1 centimètre carré, par où se faisait une hémorragie en nappe. L'hémostase fut faite avec des points transmuqueux, comprenant aussi la tunique musculaire. Plaie stomacale refermée par trois points de suture. Pendant l'opération, 1 litre et demi de sérum fut injecté au malade dans une des veines du bras. 600 grammes furent encore injectés dans la soirée. C'est à cette précaution que M. Duplay attribue la guérison qui est survenue et se maintient depuis trois mois. Jusqu'à ce

brale avec les os craniens n'ont pas été complètement détruites pendant l'opération, ou bien de ce que de nouvelles adhérences s'étaient formées après l'opération.

Si nous résumons tous les cas appartenant au premier groupe, nous voyons qu'on a obtenu douze fois la guérison, vingt fois une amélioration et huit fois un résultat négatif.

En passant ensuite à la description des cas appartenant au deuxième groupe, Rein indique tout d'abord ce fait, qu'on y trouve également des lésions cérébrales, mais que ces lésions sont microscopiques (sclérose de l'écorce cérébrale). Dans ces cas, on agit de deux façons : ou bien on pratique une simple trépanation, ou bien on résèque une portion de l'écorce cérébrale dans la région des centres moteurs qui dirigent les muscles dont la contraction constitue la période initiale de l'attaque épileptique. Sur 20 cas où l'on avait pratiqué une simple trépanation, on a obtenu : guérison, trois fois; amélioration, sept fois; résultat négatif, trois fois. Après la résection de l'écorce cérébrale, il se produit de la paralysie des muscles correspondants, mais cette paralysie disparaît rapidement. Sur 22 cas de ce genre, on a obtenu : guérison, deux fois; amélioration, treize fois; résultat négatif, sept fois.

En se basant sur tous les cas que nous venons de résumer rapidement, Rein pose les conclusions suivantes :

1° Tous les cas d'épilepsie jacksonnienne dans lesquels il existe des symptômes pénibles pour le malade, doivent être soumis à l'intervention chirurgicale.

2° On ne peut pas d'avance promettre au malade, soit la guérison, soit même une amélioration quelconque.

3° D'une façon générale, on obtient de meilleurs résultats dans les cas où il existe des lésions visibles à l'œil nu que dans ceux où ces lésions n'existent pas.

4° La résection d'une portion de l'écorce cérébrale, saine en apparence, n'est qu'une opération palliative, qui ne présente pas d'avantages particuliers sur la simple trépanation. Mais comme la résection donne un peu moins d'échecs complets que la simple trépanation, elle se trouve indiquée dans les cas où la simple trépanation a échoué, ou bien dans les cas excessivement graves où la suppression immédiate des attaques épileptiques est indispensable pour la vie même du malade.

5° De nouvelles observations sont nécessaires pour préciser d'une façon plus nette les indications à l'intervention chirurgicale.

B. TAFT.

Traitement de la myotonie par la gymnastique et le massage. (*Revue russe de psychiatrie*, n° 5.) — Les troubles du système musculaire constatés dans la myotonie résultent de ce que le passage du muscle de l'état d'activité à celui de repos et *vice versa* est troublé, et cela que la contraction musculaire soit provoquée par un mouvement volontaire ou réflexe, par une irritation mécanique ou électrique. On a constaté que la difficulté de ce passage est plus grande lorsque le muscle est resté quelque temps à l'état de repos; au contraire, après une série de mouvements volontaires ou bien après le massage, le passage d'un état à l'autre devient plus facile et les mouvements se font plus librement. On a constaté encore ceci que les courbes myotoniques présentent beaucoup de points de ressemblance avec les courbes des contractions des muscles fatigués. BECHTEREFF tire de ces faits cette conclusion que dans la myotonie le muscle est intoxiqué par un produit d'échange. Et c'est en se basant sur ces considérations que Bechtereff est arrivé à la conclusion que la gymnastique suédoise et le massage, comme moyens favorisant l'échange dans le tissu musculaire, doivent être très utiles dans la myotonie.

Les suppositions de Bechtereff se confirment par l'observation suivante. Il s'agit d'un médecin de 46 ans qui souffrait depuis son enfance de myotonie. L'évolution de la maladie fut très rapide et les mouvements devinrent assez pénibles. Bechtereff soumit ce malade au traitement par la gymnastique et le massage. Au bout de trois semaines, les symptômes se sont considérablement amendés. Le malade, ayant quitté l'hôpital, continua le traitement et son état continua à s'améliorer.

B. TAFT.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement des brûlures par l'acide picrique. (*Société de chirurgie*, 19 janvier 1898.) — Ce mode de pansement qui paraissait avoir fait ses preuves ne serait pas tout à fait inoffensif. M. WALTHER rapporte deux observations de M. Latouche (d'Autun) dans lesquelles des enfants atteints de brûlures de la face et des mains ont présenté, après avoir été pansés à la solution aqueuse saturée d'acide picrique, les accidents suivants : vomissements répétés, coli-

ques, selles colorées en jaune, coloration également jaune de la peau et des sclérotiques, douleurs locales très vives. Le plus jeune des deux faillit mourir. Ces faits n'étaient pas connus jusqu'à ce jour. MM. L. CHAMPIONNIÈRE, BERGER et FÉLIZET ont dû renoncer à son emploi chez les enfants à cause de l'intensité des phénomènes douloureux. M. TUFFIER non seulement lui refuse aucun avantage, mais l'accuse de produire des eczémas et des érythèmes. M. BRUN cite un cas de mort par intoxication chez un enfant de 18 mois. M. REYNIER y a renoncé pour les brûlures profondes étendues, sur lesquelles il applique du simple taffetas gommé stérilisé, enduit de vaseline boriquée. Mais il en maintient l'emploi pour les brûlures superficielles, où il produit l'analgésie immédiate. M. WALTHER rappelle d'autre part que M. Thiéry préconise le pansement picrique *à sec*, et non recouvert de taffetas gommé. Ce dernier mode de pansement expose aux accidents douloureux et à l'intoxication.

AUG. BENOIT.

Petite chirurgie dermatologique : indications de la scarification, par L. BROCQ. (*Presse médicale*, n^os^ 7 et 9, 1898.) — *Lupus non exedens.* — Le malade est assis sur une chaise; le médecin, debout derrière lui, passe son bras gauche sous le menton du patient, et lui maintient la tête entre son bras et sa poitrine. Avec les doigts de la main gauche, il tend soigneusement la peau au niveau de la surface lupique.

Cette précaution est très importante : d'abord la scarification n'agit bien que si les téguments sont parfaitement immobilisés, de façon à ne pouvoir glisser ni se vider; de plus, la tension chasse le sang des parties superficielles et supprime momentanément l'érythème congestif qui marque parfois les nodules tuberculeux, permettant ainsi de distinguer beaucoup mieux leur couleur jaune sucre d'orge.

De la main droite, solidement appuyée sur la tête du malade par le petit doigt ou par l'annulaire et le petit doigt, le médecin tient son instrument comme une plume à écrire, puis, d'un mouvement rapide, il trace sur la peau une série d'incisions parallèles qu'il recouvre immédiatement d'une seconde série. Ces incisions doivent être courtes, égales, perpendiculaires aux téguments.

C'est par les bords de la lésion qu'il convient de les commencer; on cerclera donc d'abord la surface lupique, en ayant grand soin d'empiéter largement sur la peau saine de 3 ou 4 millimètres au moins. En profondeur, il faut dépasser le tissu malade, la résistance des parties saines arrêtant la pointe de l'aiguille. . . .

La scarification est suivie d'une hémorragie en nappe ordinairement insignifiante : le plus souvent, il suffit d'appliquer une feuille d'ouate non hydrophile pour voir bientôt s'arrêter l'écoulement sanguin.

Si l'hémorragie est plus abondante, on fait de la compression ouatée, et l'on touche au crayon de nitrate d'argent les points qui persistent à saigner.

Après l'hémostase on fait une rapide lotion avec de l'eau boriquée, de l'eau phéniquée, à 1 pour 50, et du sublimé à 1 pour 1000; puis on sèche avec de l'ouate et l'on enduit la surface opérée d'une couche de vaseline boriquée.

Le soir même ou le lendemain on applique de l'emplâtre rouge de E. Vidal, qu'on remplace le troisième jour par de l'emplâtre de Vigo.

La cicatrisation est d'ordinaire complète du quatrième au cinquième jour.

Si l'emplâtre de Vigo provoque un peu d'irritation, on cessera de l'appliquer, car on ne doit pas scarifier des téguments qui présenteraient encore des traces d'ulcération ou d'inflammation.

Les séances de scarification doivent être répétées régulièrement tous les huit jours.

Au bout d'une première période de traitement, la surface lupique présente une cicatrice unie, blanche ou légèrement pigmentée, au milieu de laquelle on distingue des tubercules isolés, sous forme de taches transparentes, d'un rouge jaunâtre, analogues à du sucre d'orge. On doit enfoncer alors la pointe du scarificateur dans chacun de ces tubercules, les dilacérer en tous sens, puis les scarifier. Dans les cas rebelles, on introduit ensuite dans leur cavité une fine pointe de crayon de nitrate d'argent : si l'on trouve des diverticules, il faut les ouvrir, les râcler à la curette et les cautériser au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc.

Lorsque cavernes et tubercules ont disparu, qu'une rougeur diffuse seule indique l'emplacement du lupus, on pratique à ce moment, tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, des scarifications quadrillées régulières qu'on répète aussi longtemps que la rougeur persiste.

Quand toute trace d'érythème a disparu, il ne reste plus qu'à exercer sur le malade une surveillance prolongée pour s'assurer s'il n'y a nul indice de récidive.

Lupus exedens. Lupus vorax. — Dans ce cas, l'efficacité des scarifications est beaucoup plus grande que dans toutes les autres formes du lupus. Il ne faut pas craindre de faire des incisions profondes, jusqu'à ce que l'on ait au bout de la lame la résistance des tissus qui existe

On doit littéralement réduire en bouillie toute la masse néoplasique, et cette pulpe à peine adhérente qui semble vouée à la nécrose se répare avec une surprenante rapidité.

Lupus érythémateux. — Dans cette variété de lupus, la scarification donne parfois de bons résultats, mais elle est beaucoup moins efficace que dans le lupus vulgaire.

Dans la variété profonde, le lupus érythémato-acnéique, il faut pratiquer des incisions parallèles profondes, courtes et serrées, hachant même et assez régulièrement la néoplasie. (E. Vidal.)

Dans l'érythème centrifuge, au contraire, les incisions doivent être quadrillées et un peu espacées, à peu près comme dans la couperose, sous peine de laisser des cicatrices vicieuses.

Dans l'érythème centrifuge la scarification n'est indiquée que dans les cas rebelles, après l'échec des autres médications. Mais, de prime abord, il est préférable de s'adresser à la cautérisation ignée, aux applications de savon noir pur ou résorciné, ou pyrogallé, salicylé, aux crayons d'acide phénique, aux compresses imbibées de solutions arsenicales.

Couperose. — La scarification est un traitement héroïque de la couperose; elle réussit dans les diverses formes de la maladie, pourvu qu'on ait le soin de varier la technique et de la modifier, suivant les lésions qui prédominent dans chaque cas particulier.

Au point de vue de l'intervention thérapeutique, on peut distinguer quatre types principaux dans l'acné rosacée :

La forme télangiectasique, qui présente des arborisations vasculaires dilatées, de grosses varicosités;

La forme érythémateuse, où il existe surtout de la rougeur diffuse;

La forme mixte, qui réunit à la fois les caractères des deux précédentes;

Enfin la forme hypertrophique, qui, à son degré ultime, constitue le rhinophyma.

Dans la couperose télangiectasique, l'indication principale est de provoquer l'oblitération des capillaires dilatées; il faut, pour cela, actionner perpendiculairement ou obliquement tous les rameaux vasculaires, en les suivant un à un, et les diviser sur toute leur longueur par des incisions quadrillées, distants de un millimètre environ.

Il importe de ne pas laisser de cicatrices, aussi faut-il que les incisions soient peu profondes.

On étanche le sang au moyen des compresses pod'ouate ordinaire, puis on lave avec de l'eau tions à l'ée ou de la liqueur de Van Swieten dédou-

l'on enduit les régions opérées de vaseline à l'oxyde de zinc; par-dessus la pommade, on met beaucoup de poudre d'amidon.

Dès le lendemain, on applique chaque jour sur la région scarifiée des compresses chaudes imbibées d'une solution contenant de 5 à 10 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque et 2 grammes de bichlorure de mercure pour 1 litre d'eau.

Aussitôt que les croûtelles sont tombées, on fait une nouvelle séance de scarification.

Dans la couperose érythémateuse, les scarifications doivent être très superficielles et fort serrées (la profondeur des incisions ne doit pas dépasser 2 millimètres).

Dans la forme mixte, le traitement devra être en combinaison des procédés précédents, c'est-à-dire qu'il faut d'abord agir, isolément, sur toutes les télangiectasies visibles qui sillonnent la surface couperosique; puis on fait sur toute la surface érythémateuse des incisions régulières, croisées, peu profondes.

Dans la forme hypertrophique la méthode des scarifications n'est pas très recommandable; elle donne des résultats bien inférieurs à ceux de la cautérisation ignée et surtout à ceux de l'opération radicale par le bistouri.

Il faut en moyenne huit à douze séances de scarification pour obtenir des résultats durables dans la couperose.

Pour amener la disparition de la teinte rouge foncée ou brunâtre que conserve la région opérée, il faut appliquer en permanence sur la surface pigmentée une pommade au calomel ou à la résorcine.

Dans la *séborrhée fluente*, les scarifications ont été recommandées, mais ne donnent pas de bons résultats; d'ailleurs il s'agit d'une affection microbienne, justiciable surtout d'un traitement antiparasitaire.

L'impétigo sycosiforme et le sycosis, surtout celui de la lèvre supérieure, sont parfois justiciables de la scarification, quand la maladie a résisté aux moyens ordinaires, aux applications antiseptiques, combinées à l'épilation. Après l'hémostase on fait une lotion à l'eau boriquée, puis on applique dans l'intervalle des séances de l'emplâtre rouge de Vidal.

La scarification des *kéloïdes*, déjà employée par Fabrice d'Aquapendente, a été remise en honneur par E. Vidal.

Les incisions doivent intéresser le néoplasme dans toute son épaisseur et doivent être assez écartées au début; plus tard, on les rapprochera à mesure que la kéloïde s'affaisse. Dans l'intervalle on appliquera de l'emplâtre de Vigo. Les scarifications doivent être répétées tous les huit jours.

Certaines formes graves de *prurit de l'anus, du scrotum ou des grandes lèvres*, après avoir résisté à toutes les médications habituelles, peuvent être améliorées ou même guéries par les scarifications. De même certaines plaques de *névrodermite circonscrite* (lichens simples chroniques), *certaines variétés d'eczéma érythémateux congestif de la face, etc.*

G. LYON.

Traitement des verrues. (*Wien. med. Presse*, n° 1, 1898.) — LOUVEL-DULONPRÉ recommande de badigeonner une fois par jour les verrues avec une solution saturée à chaud de bichromate de potasse. Le succès de cette intervention est rapide : l'application est indolore.

E. VOGT.

Eczéma des lèvres causé par les eaux dentifrices. (*Therap. Monatshefte*, février 1898.) — NEISSER a observé plusieurs cas d'eczéma squameux du pourtour des lèvres ayant résisté à toutes les médications et qui disparurent lorsqu'on s'avisa de supprimer les eaux dentifrices dont se servaient les malades. L'auteur croit qu'il y a lieu d'incriminer dans ces cas l'action des essences (menthe, anis, fenouil, girofle, etc.) que ces dentifrices contiennent.

E. VOGT.

Du chelidonium majus dans le cancer cutané. (*Wratsch*, n° 36, 1897.) — PENKOSLAVSKY a employé avec succès l'extrait de chelidonium majus chez une femme de 56 ans atteinte d'un cancer de la face très étendu.

L'auteur faisait tous les deux jours des injections interstitielles ; il injectait à la fois une seringue de Pravaz d'un mélange composé d'extrait de chelidonium majus, d'eau distillée et de glycérine à parties égales. En outre, on appliquait sur l'ulcère de la gaze iodoformée imbibée d'un mélange d'extrait de chelidonium et de glycérine à parties égales.

En tout on a fait six injections et vingt pansements. L'ulcère s'est complètement cicatrisé : les douleurs qui étaient très intenses ont complètement disparu. Au bout de six mois, on ne constatait pas la moindre trace de récidive.

B. TAFT.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Sclérotomie antérieure, par le Dr GALEZOWSKI. (Leçon faite à sa clinique, novembre 1897.) — Les recherches de l'auteur l'ont conduit à trouver qu'il existe un certain nombre d'atrophies des papilles, simulant à s'y méprendre l'atrophie tabétique et qui ne constituent en réalité qu'une atrophie papillaire glaucomateuse, ou mieux, une variété particulière de glaucome simple sans excavation. C'est dans les altérations des voies lymphatiques et dans la gêne de circulation du liquide nutritif lymphatique intra-oculaire qu'il place la cause principale des accidents glaucomateux (travail lu à l'Académie en 1894) et il conclut que le glaucome est une lymphangite de l'œil, qui guérit par des *sclérotomies antérieures répétées*. Cette méthode de sclérotomie antérieure, dite cruciale, est la même que celle qu'il pratique depuis longtemps déjà, dans les cas de glaucome simple, absolu et hémorragique. C'est la statistique des cas d'atrophies de papilles glaucomateuses opérés par ce procédé, qu'il expose dans cette leçon, statistique qui compte à son actif un grand nombre de succès ; presque tous les cas récents ayant été plus ou moins améliorés avec arrêt du processus, rétablissement de la nutrition intra-oculaire et augmentation de l'acuité visuelle, après une ou deux interventions (trois observations à l'appui).

La méthode opératoire est analogue à celle que l'auteur a décrite dans son traité d'ophtalmologie sous le nom de *sclérotomie cruciale* et qu'il pratique depuis plus de douze ans pour diverses variétés de glaucome et surtout pour le glaucome simple. Il a imaginé pour cela, à cette époque, un sclérotome d'un modèle spécial, recourbé sur le plat et à double tranchant, large de 3 millimètres, qu'il introduit obliquement d'arrière en avant, sur tout le pourtour de la grande voie lymphatique de filtration, pour arriver dans la chambre antérieure, de façon à sectionner le canal de Fontana à chaque extrémité des diamètres vertical et horizontal de la cornée, afin de multiplier de la sorte le nombre des débridements.

KOPFF.

Ophtalmothermométrie. (*Communication faite à l'Académie de médecine*, séance du 18 janvier, par le Dr GALEZOWSKI.) — Les travaux publiés sur la différence de température qui existe

dans différentes régions de l'organisme, ont donné à l'auteur l'idée d'explorer la température du globe de l'œil, à l'état normal et à l'état pathologique, afin de constater si cette température ne viendrait pas fournir un élément nouveau et peut-être précieux pour le diagnostic de certaines affections oculaires dans lesquelles l'ophtalmoscope, malgré son degré de perfectionnement, est encore insuffisant. Il va poursuivre dans ce sens les expérimentations qu'il n'a encore fait que commencer, mais desquelles il résulte déjà que la température n'est pas la même dans divers états pathologiques de l'œil.

La première condition à remplir pour entamer ces recherches, était de trouver un instrument s'y prêtant facilement et sans danger pour l'organe oculaire. L'ingénieux modèle de thermomètre présenté et imaginé par l'auteur, réalise ce but, en empruntant la forme d'un écarteur des paupières, la cuvette du thermomètre étant aussi mince que possible et incurvée à la façon de ces écarteurs, de façon à pénétrer facilement entre le globe et la paupière inférieure et à s'adapter facilement et sans gêne dans cet espace.

KOPFF.

Ophtalmie diphtéritique et sérothérapie, par le Dr LAGRANGE. (*Soc. de méd. de Bordeaux*, 15 janv. 1898.) — Il résulte des deux cas d'ophtalmie diphtéritique graves communiqués par l'auteur et qu'il a traités par la sérothérapie, qu'en présence d'une ophtalmie présentant les caractères cliniques de la forme diphtéritique, il importe d'avoir recours immédiatement à la sérothérapie, sans attendre le diagnostic bactériologique. Cette intervention hâtive a pour but de parer aux complications qui menacent la cornée dès les premières heures et peuvent en deux jours abolir la vision. Il est établi d'autre part que le sérum antidiphtéritique n'a aucune action fâcheuse dans les ophtalmies pseudo-membraneuses à streptocoques, à pneumocoques et à staphylocoques qui peuvent se présenter avec les caractères cliniques de l'ophtalmie diphtéritique.

KOPFF.

Des solutions concentrées de permanganate de potasse dans le traitement de l'ophtalmie purulente, par le Dr VIAN. (Brochure, Toulon, 1897.) — L'auteur préconise cette médication contre les affections à microcoques des muqueuses de l'œil et dans sa brochure n'hésite pas à reconnaître sa supériorité sur le nitrate d'argent (qui cependant peut être considéré comme le véritable spécifique).

Il se sert de solutions fortes de permanganate de potasse, à 50 centigrammes pour 10 grammes et à 1 gramme ou 1 gr. 25 pour 10 grammes, suivant les cas. Les raisons qui lui font préconiser ces solutions dans le traitement de l'ophtalmie purulente sont : la rapidité de la guérison ; l'innocuité du permanganate sur la cornée, qui la colore sans produire d'escarre ; l'application moins douloureuse que celle du nitrate d'argent : la non aggravation du mal dans l'ophtalmie diphtéritique ; enfin, la facile application par tous, alors que le nitrate d'argent exige une pratique spéciale.

KOPFF.

Eclairage artificiel ; comment doit-on s'éclairer dans les familles, collèges, bureaux, ateliers, par le Dr MOTAIS. (*Communication à l'Acad. de méd.* 10 janv. 1898.) — La question de l'éclairage artificiel domine toutes les autres en hygiène oculaire ; car le défaut d'éclairage artificiel est un des facteurs les plus importants de la dégénérescence oculaire. Pour résoudre cette question si capitale, l'auteur étudie dans sa brochure les lumières artificielles dans leur composition ou qualité, leur quantité, la chaleur produite, la viciation atmosphérique et arrive à déterminer un type d'éclairement dont il fait son unité, et d'après laquelle il base les conditions hygiéniques d'éclairage public et privé.

KOPFF.

Des nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire, par le Dr DARIER. (*La Clinique ophtalmologique*, 10 janvier 1898.) — Le nitrate d'argent est un véritable spécifique dans toutes les affections sécrétantes de la conjonctive ; mais il a souvent, d'après l'auteur, une action trop caustique et trop brutale sur l'épithélium, sans pour cela se faire sentir dans les couches profondes de la conjonctive. Les nouveaux sels qu'il propose sont doués d'un pouvoir de pénétration et d'une action antiseptique puissants, qui leur font donner des résultats thérapeutiques aussi bons que le nitrate, sans provoquer comme lui de la douleur et une violente réaction.

Il passe en revue ces différents sels : *argentamine* (solution d'éthylène-diamine-phosphate d'argent) ; *argonine* (combinaison de caséine et d'argent) ; *sulfophénate d'argent* ; *itrol* ou citrate d'argent ; *actol* ou lactate d'argent, et enfin *protargol* (combinaison de protéine et d'argent), qui lui paraît réunir le plus grand nombre de qualités et le moins d'inconvénients, absolument indolore et se conservant parfaitement. Le protargol lui paraît devoir remplacer avantageusement tous les autres sels d'argent en

raison de ses propriétés pénétrantes et antiseptiques; de son innocuité et de sa conservation facile; de sa non précipitation par les albumines, les alcalins, les sulfures... avec lesquels il peut être combiné.

Il ne précipite pas la cocaïne et peut être employé en solutions alcalines qui ont une action favorable sur certaines conjonctivites chroniques et rebelles. La solution dont l'auteur se sert est à 10 0/0 et les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici le portent à croire que ce sel d'argent rendra les plus grands services en thérapeutique oculaire.

KOPFF.

Traitement de l'herpès zoster de l'œil. (*Kronika Lekarska*, septembre 1897.) — D'après STRJEMINSKY, le traitement de l'herpès zoster de l'œil est symptomatique. Il faut tâcher que les vésicules ne crèvent pas, et pour cela le meilleur moyen est de les saupoudrer avec un mélange soit de talc et d'acide salicylique, soit d'oxyde de zinc et de poudre de riz. Lorsque les vésicules commencent à sécher, une pommade à l'oxyde de zinc et l'ichtyol favorise la cicatrisation. Les vésicules de la cornée doivent être ponctionnées sans retard; leurs parois seront excisées à l'aide de pinces-ciseaux. S'il y a de la névralgie, on aura recours avec utilité au courant galvanique, et l'on administrera à l'intérieur de l'iodure de potassium et des narcotiques.

B. TAFT.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Résection cunéiforme de l'utérus dans les flexions utérines, par FOLLET (de Lille). (*Académie de médecine*, 25 janvier 1898.) — Accordant une part importante à la plicature utérine dans les flexions, l'auteur a réalisé le redressement de la façon suivante : par une incision elliptique transversale, il résèque un coin musculaire de l'utérus sur la face de l'angle saillant et suture ensuite les lèvres de cette incision qui va jusqu'à la muqueuse, sans l'entamer. Pour faire cette cunéo-hystérectomie, il suffit d'inciser le cul-de-sac antérieur ou postérieur, suivant le sens de la flexion, et de tirer modérément sur l'utérus, qui se luxe momentanément, offrant sa surface sur une hauteur suffisante. Ce chirurgien oppose sa méthode à celles de M. Thiriar et de M. Jonnesco, qui agissent de même contre les flexions, mais par la voie abdominale.

AUG. BENOIT.

De l'énucléation des fibro-myômes volumineux par la voie vaginale. (*Medicinsk. Obos.*, n° 11, 1897.) — Presque tous les gynécologues estiment que, toutes les fois qu'on se trouve en présence de gros fibro-myômes soit interstitiels, soit sous-péritonéaux à large pédicule, il faut préférer la voie abdominale à la voie vaginale. Quelles sont les indications pour l'énucléation vaginale? LWOFF pense qu'il est impossible de les préciser d'une façon absolue, car, dit-il, l'évolution des myômes n'est pas soumise à des lois générales. Ayant réussi une fois à énucléer par le vagin un myôme du volume d'un œuf d'oie inclus dans la lèvre antérieure du col utérin, il décida de faire la même tentative dans un autre cas qu'il décrit dans son présent travail. Il s'agissait ici d'un myôme du volume de la tête d'un homme adulte qui occupait toute la paroi antérieure et une partie de la paroi droite de l'utérus, constituant ainsi un prolongement direct de la lèvre antérieure du col de l'utérus. La cavité de celle-ci mesurait 21 centimètres. Lwoff pratiqua sur la lèvre antérieure une incision linéaire médiane longue de 8 centimètres et a énucléé le myôme en l'enlevant par morceaux. La cavité qui s'était formée à la suite était tellement volumineuse qu'on a pu y introduire toute la main, introduction rendue nécessaire pour enlever la dernière portion du myôme du volume d'une tête de fœtus. On tamponna la cavité avec de la gaze iodoformée; la malade guérit.

B. TAFT.

De la colpotomie dans la résection des annexes de l'utérus. (*Wratsch*, n° 46, 1897.) — En se basant sur 20 cas observés à la clinique de OTT, ainsi que sur les données bibliographiques, l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° La *colpotomie postérieure* est indiquée dans les cas suivants : *a*) Dans les ovarites et les salpingites avec formation de tumeurs salpingo-ovariennes situées dans le cul-de-sac de Douglas, où elles sont soit libres, soit plus ou moins adhérentes aux régions voisines. Dans ce cas, la colpotomie postérieure est indiquée indifféremment, que la tumeur soit unilatérale ou bilatérale, que le contenu soit séreux ou purulent. *b*) Le volume de la tumeur kystique peut être celui de la tête d'un enfant. *c*) Les tumeurs kys-

tiques qui débordent le petit bassin peuvent être opérées par la colpotomie postérieure, si l'on peut, au travers de la paroi abdominale, déplacer leur portion inférieure dans le cul-de-sac de Douglas. *d*) La colpotomie peut être employée avec succès dans les tumeurs kystiques, même si elles arrivent jusqu'à l'ombilic, à la condition toutefois qu'il n'y ait pas de solides adhérences avec l'épiploon et les intestins au-dessus de la ligne dénommée. *e*) La colpotomie postérieure peut encore être employée dans les néoformations malignes de consistance solide, lorsque, étant donné leur volume, on peut espérer les extraire en totalité.

2° La *colpotomie antérieure* se trouvera indiquée : *a*) De préférence à la colpotomie antérieure dans les fibro-myômes interstitiels et sous-séreux. *b*) Dans les tumeurs ovaro-salpingiennes compliquées de rétroflexion utérine. *c*) La condition *sine qua non* de la colpotomie antérieure, c'est l'absence d'adhérences larges et solides dans le cul-de-sac de Douglas.

B. TAFT.

De la formation d'un vagin artificiel d'après un procédé nouveau. (*Wratsch*, n° 46, 1897.) — Dans la formation d'un vagin artificiel ouvert, on cherche généralement à atteindre trois buts : 1° former un sac qui, par sa position, son aspect et sa cavité, corresponde au vagin d'une femme saine; 2° revêtir ce sac d'une couche épithéliale; 3° maintenir son aspect et son volume.

Les deux premières indications sont relativement faciles à atteindre et le problème peut être considéré comme résolu. Pour remplir la troisième indication, celle de maintenir ouverte la cavité nouvellement formée, on a employé différents procédés qui tous échouaient : au bout d'un certain temps, la cavité du vagin artificiel se refermait. REIN eut l'idée de recourir à l'introduction d'une boule sphérique en verre, au centre de laquelle se trouve un canal où l'on introduit un fil de soie. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, cette boule sert à comprimer les lambeaux de la muqueuse greffée et par conséquent à favoriser leur adhérence. Plus tard, cette boule s'oppose à la fermeture du vagin artificiellement créé.

Rein cite le cas d'une femme qui porte une de ces boules depuis huit mois sans que celle-ci ait produit la moindre complication. La malade l'enlève et la réintroduit très facilement. Le diamètre transverse de la boule est de 4,5 à 5 centimètres. C'est la mesure moyenne qu'il faut employer.

Ajoutons en terminant que la malade en question a des rapports avec son mari et éprouve pleinement la satisfaction sexuelle. Mais il s'agit de savoir si elle ne sera pas obligée de porter la boule toute sa vie. Rein n'est pas explicite sur ce point.

B. TAFT.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement du coryza des nourrissons et enfants en bas âge. (*Therap. Wochenschrif*, n° 51, 1897.) — NAEGELI traite le coryza des nouveau-nés et enfants en bas âge par l'instillation dans chaque narine d'une goutte, trois à quatre fois par jour, de la solution suivante :

Cocaïne.....	2	grammes.
Eau distillée.....	50	—
Glycérine.....	50	—

On obtient très facilement de cette façon la perméabilité des narines à l'air et une diminution rapide des sécrétions.

E. VOGT.

Du calomel dans l'ophtalmo-blennorrhée des nouveau-nés. (*Thérapeutique russe*, n° 9, 1897.) — POUKALOFF obtient de très bons résultats dans l'ophtalmo-blennorrhée des nouveau-nés en ayant recours au traitement suivant fort simple. Après avoir lavé les yeux avec une solution d'acide borique à 2 0/0 et essuyé avec un tampon, il retourne les paupières et les saupoudre, ainsi que la cornée, avec du calomel à la vapeur; la quantité de calomel doit être aussi grande que possible.

Dans des cas plus graves Poukaloff fait suivre le saupoudrement d'application de compresses imbibées d'une solution de chlorure de sodium à 1 0/0; les compresses ont pour but de faciliter la transformation du calomel en sublimé car c'est sur l'action de cette dernière substance à l'état naissant qu'on compte.

Pour que la guérison complète soit obtenue il suffit de faire deux ou trois saupoudrements pratiqués à des intervalles plus ou moins longs suivant les cas. Dans des cas de gravité moyenne la guérison complète se fait déjà au bout de sept jours; dans des cas plus graves, au bout de deux semaines au plus tard.

B. TAFT.

Coqueluche et belladone à haute dose, par H. GILLET. (*Société médico-chirurgicale*, 10 décembre 1397.) — M. Gillet préconise l'ancien

traitement par la belladone (traitement de Guerson, de Trousseau), comme étant celui qui donne les meilleurs résultats, à la condition d'être bien dirigé.

Il prescrit simplement la teinture à doses fractionnées et progressivement croissantes; chaque dose toutes les deux ou trois heures.

On donne au début une demi-goutte par dose jusqu'à plus d'un an, une goutte après, puis de une à dix de deux à huit ans.

Comme dose extrême on donne une goutte par mois d'âge; ensuite on pousse jusqu'à environ dix gouttes dans le même intervalle, par année d'âge.

En procédant ainsi progressivement, on arrive à faire prendre aux enfants, sans que l'intoxication survienne, des quantités très élevées de teinture de belladone.

G. Lyon.

Traitement du rhumatisme articulaire des enfants par les rayons de Rœntgen. — A la Société des médecins russes (*Wratsch*, n° 46, 1897), Sokoloff a fait une fort intéressante communication sur l'emploi des rayons de Rœntgen à titre d'agent thérapeutique dans le rhumatisme articulaire chez les enfants. Il a cité quatre cas où cette thérapeutique nouvelle et originale a donné de très bons résultats. On procédait de la façon suivante :

L'enfant enveloppé dans une couverture était placé à 50-60 centimètres du tube, et on le laissait soumis à l'action des rayons pendant un laps de temps qui variait de dix à vingt minutes.

Dans le premier cas où il s'agissait d'une fillette âgée de 9 ans, les douleurs intenses et la tuméfaction des articulations radio-carpiennes des articulations du genou et de celles des doigts ont disparu après deux semaines. Dans le deuxième cas concernant une fillette de 14 ans, l'emploi des rayons de Rœntgen a fait disparaître la douleur déjà après la première séance. Chez la troisième petite malade, âgée de 5 ans, les douleurs et la tuméfaction ont été diminuées après trois séances. Ce qui était particulièrement curieux dans ce cas, c'est qu'on pouvait constater à l'œil nu la diminution de volume de la tumeur après chaque séance.

Les mensurations pratiquées avant et après chaque séance ont du reste confirmé cette diminution : au bout de quatre jours, la circonférence de l'articulation tibio-tarsienne a été diminuée de 3 centimètres. Enfin, le dernier cas rapporté par Sokoloff a trait à une enfant de 13 ans souffrant de rhumatisme chronique depuis cinq ans, et atteinte, également depuis cinq ans, d'une affection cardiaque. Depuis quelques mois la maladie avait pris une marche aiguë; l'articulation du genou était très tuméfiée et douloureuse; le genou était fléchi à l'angle de 45°. Après chaque séance de rœntgénisation, la flexion diminuait, ainsi que les douleurs. Enfin, après quatre séances, tous les symptômes avaient complètement disparu.

B. Taft.

Du massage dans la chorée des enfants. (*Revue russe de psychiatrie*, vol. IV, 1897.) — Dans dix cas de chorée de Sydenham chez des enfants dont l'âge variait de 7 à 14 ans, Fedoroff a appliqué le massage. Il commençait par de légères frictions sur le tronc et les extrémités et petit à petit arrivait à des manipulations énergiques; il terminait le traitement — lorsque l'enfant était plus ou moins calmé — par la gymnastique passive sous forme de flexions rythmiques et de redressements de la tête et des extrémités.

Les résultats obtenus ont été très satisfaisants, car, au bout de trois à quatre jours de traitement, on pouvait déjà constater une amélioration évidente de tous les symptômes morbides.

Fedoroff explique les effets si favorables du massage dans la chorée par une action calmante réflexe qu'exercerait le massage sur les centres psychomoteurs et aussi par une stimulation de la circulation, cette stimulation ayant pour résultat l'élimination rapide de toxines.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

275 observations cliniques concernant le bleu de méthylène. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 3 février 1898.) — Cardamatis (d'Athènes) a traité 275 cas de paludisme par le bleu de méthylène; ses conclusions tendent à considérer cette médication comme de beaucoup supérieure à la médication quinique.

Les doses quotidiennes sont de 0,5 à 0,6 par jour, en quatre cachets, données toutes les deux heures. Pour les enfants, la dose sera de 0,3 et pour les nourrissons de 0,05 à 0,10.

On commence l'administration du remède dix heures avant le moment où l'accès doit commencer. Dans les cas de fièvre rémittente ou continue, on commencera huit heures avant le moment où la rémission s'observe.

Les cas les plus favorables sont ceux où l'or-

ganisme, saturé de quinine, ne réagit plus sous l'influence de ce médicament, ainsi que dans les cas d'idiosyncrasie pour la quinine. Les inconvénients sont la cystite et la coloration de la muqueuse bucco-labiale chez les enfants qui ne peuvent prendre le remède en cachets. Le bleu de méthylène paraît conférer l'immunité, car la plupart des malades retournés après guérison dans les régions infestées de malaria d'où ils étaient originaires, sont restés indemnes. Le médicament peut être continué pendant la grossesse et même l'allaitement.

Les résultats globaux sont les suivants : résultats incontestables, 93 0/0 des cas; insuccès absolu, 7 0/0; récidive au bout d'un an, 15 0/0.

E. Vogt.

Le vésicatoire. — A l'*Académie de médecine* (8 février 1898) M. Ferrand a entrepris de réhabiliter le vésicatoire, qui est une médication naturelle, dont les exanthèmes cutanés sont le type, comme les hémorragies sont le type de la saignée, et le vomissement spontané le type de la médication émétique.

C'est une mauvaise tendance celle qui s'attaque aux abus du vésicatoire pour en condamner l'usage, et, dans l'usage si fréquent que l'on fait de ce moyen, les abus sont faciles : il ne faut que les réprimer.

L'indication du vésicatoire est flagrante dans les altérations diacritiques des maladies; les simples rubéfiants y sont insuffisants.

Les dangers du vésicatoire sont de tenir une plaie ouverte à la surface du corps; mais un vésicatoire bien conduit n'est pas une plaie, et de simples mesures aseptiques suffisent à prévenir la plaie ou à la guérir, si un accident la détermine.

La douleur du vésicatoire peut être évitée. La dépression générale qui l'accompagne a son utilité passagère et peut facilement disparaître.

Les altérations vasculaires que produit la cantharide ne sont pas dangereuses par elles-mêmes : elles ont pu servir au traitement de certaines maladies (Liebreich).

Les altérations rénales vont de la diurèse simple jusqu'à la néphrite; parties des vaisseaux elles s'étendent successivement jusqu'aux glomérules (Cornil), de telle sorte que la cantharide, absolument contre-indiquée par la néphrite interstitielle, peut être utile dans la néphrite parenchymateuse (Cruveilhier, Sée, Lancereaux). Enfin on peut éviter cette influence en limitant la durée d'application, l'étendue et la fréquence des vésicatoires.

Les indications du vésicatoire varient selon le siège, la forme et la nature de la maladie : l'indication maîtresse est dans la forme diacritique des séreuses surtout, des muqueuses (catarrhe) et de l'atmosphère cutanée. Les contre-indications relèvent des accidents ci-dessus rapportés.

Le vésicatoire agit sur l'activité nutritive pour la relever ainsi qu'en témoigne la note de M. Robin. Il produit aussi une hyperleucocytose véritable, ainsi qu'en témoignent les travaux de Liebreich, de Winternitz, de Maurel. Il n'est donc pas contre-indiqué même dans tous les cas d'infection; il agit aussi sur l'activité fonctionnelle, mais pour la modérer, c'est par-là qu'il calme les spasmes, dilate la pupille et parfois menace de lipothymie. Cette double action en sens inverse, pour ainsi dire, c'est le contre-stimulisme de l'école italienne, dont le vésicatoire est un des meilleurs agents.

Les faits qu'on oppose sont interprétés faussement, ou attribuables à l'incurie du pansement, ou à la méconnaissance des contre-indications, ou enfin à l'abus d'un moyen qui est utile quand il est opportunément employé.

Et c'est ainsi que la physiologie et la clinique se rencontrent pour nous engager à conserver cet agent, qu'on a mal à propos qualifié de barbare, mais qui ne demande que du soin et de la sagacité.

M. Huchard, répondant à M. Ferrand, a fait d'abord l'historique du vésicatoire qui, inventé il y a deux mille ans par Asclépiade, a depuis subi bien des fluctuations.

Actuellement, en beaucoup de points des villes et des campagnes, le vésicatoire est délivré pour n'importe quoi, souvent sans ordonnance, et souvent parce que le médecin a la main forcée par l'entourage du malade. Mais tout le monde est d'accord sur l'abus du vésicatoire; ce que M. Huchard veut démontrer dans une prochaine séance, c'est que l'usage lui-même est souvent un abus.

R. Blondel.

Contribution à l'étude de la toxicité de la créosote et du gaïacol, comparée à celle du créosotal et du carbonate de gaïacol. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 3 février 1898.) — Il ressort d'une série d'expériences faites sur des animaux par Hesse que les doses élevées de créosote et de gaïacol sont toxiques caustiques et irritantes, mais que le créosotal et le carbonate de gaïacol, même à doses élevées, ne paraissent pas exercer d'influence sur l'état général.

E. Vogt.

Sur les injections sous-cutanées de sels de quinine; influence de l'antipyrine sur le chlorhydrate de quinine, par Santesson. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 36.)(Suppl. thérap.) — On sait que la plupart des sels de quinine

sont peu solubles dans l'eau; le chlorhydrate de quinine, l'un des plus solubles, ne l'est cependant que dans les proportions de 3 à 4 0/0: tout au plus parvient-on à préparer des solutions à 10 0/0, en additionnant l'eau de quelques gouttes d'alcool.

A l'exemple d'un médecin italien, Gessard et Laveran ont associé l'antipyrine et le chlorhydrate de quinine et constaté que l'adjonction de l'antipyrine augmente la solubilité du chlorhydrate de quinine dans des proportions notables, au point que 1 partie de chlorhydrate de quinine devient soluble dans 2 parties d'eau.

MM. Laveran, Kelsch, Blum, etc., se sont servi de la solution suivante :

Chlorhydrate de quinine ..	3	grammes.
Antipyrine.....	2	—
Eau distillée.....	6	—

Fait remarquable, les injections faites avec cette solution sont absolument indolores alors que les injections de solution concentrées d'antipyrine ou de quinine sont très douloureuses.

Santesson confirme ce fait et relate une série d'expériences faites sur les animaux avec les injections de quinine et d'antipyrine en solution mixte, solution à laquelle il donne le nom de chinopyrine. G. Lyon.

Du salophène. (*Wratsch*, n° 38, 1897.) — Klimenko s'est proposé d'étudier l'action du salophène déjà employé depuis quelques années par un certain nombre d'auteurs. Il l'a employé dans 4 cas en l'administrant à la dose de 1 à 6 grammes par jour.

Disons tout de suite qu'il n'a presque jamais observé aucun accident, sinon dans deux cas où le salophène, une heure environ après son ingestion a provoqué dans la région épigastrique une sensation pénible suivie de douleur. Cet accident du reste n'a pas été bien sérieux, car au bout d'un laps de temps assez court, de une heure et demie à deux heures, toute douleur était disparue.

Voyons maintenant quels résultats ont été obtenus par l'administration du salophène.

Dans le rhumatisme articulaire chronique (17 cas) : diminution des douleurs, mais pas de guérison définitive dans 10 cas; inefficacité absolue dans les autres 7 cas.

Dans le rhumatisme musculaire subaigu (3 cas) : amélioration et pas de récidive pendant cinq à six mois. Dans le rhumatisme articulaire aigu (5 cas); guérison définitive; pas de récidive. Dans un de ces cas on a employé consécutivement le salicylate de soude et le salophène, et il a semblé que le salophène avait exercé une action bien plus favorable que le salicylate de soude.

Dans la grippe (2 cas) : inefficacité absolue. Dans la névralgie (3 cas), amélioration considérable dans un cas de sciatique; amélioration passagère dans un cas de névralgie du trijumeau; guérison définitive dans un cas récent de névralgie des nerfs intercostaux survenue à la suite d'un refroidissement.

Dans la migraine (4 cas) : inefficacité absolue.

Dans la céphalée chronique (6 cas) : action très favorable chez deux neurasthéniques; action médiocre et même nulle chez quatre anémiques.

En résumant ces quarante observations variées, Klimenko arrive à cette conclusion que le salophène est certes un médicament tout indiqué dans le rhumatisme. Il croit même pouvoir le préférer au salicylate de soude.

B. Taft.

De l'action du xéroforme. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 10, 1897.) — Tschistowitsch a employé la gaze xéroformique préparée de la façon suivante. La gaze ordinaire était imbibée d'une émulsion de xéroforme dans un mélange d'alcool et d'éther, auquel on ajoutait de la glycérine ou de l'huile de ricin. Pour environ 5 mètres de gage on prenait 12 gr. 5 de xéroforme, 180 grammes d'éther et autant d'alcool, 15 grammes de glycérine ou d'huile de ricin, 8 grammes de colophane. La gaze ainsi imbibée était séchée et, immédiatement avant l'emploi, stérilisée. La stérilisation ne la détériorait point. On pourrait, d'après l'auteur, remplacer le mélange d'éther et d'alcool par un autre liquide moins coûteux, par l'eau par exemple. La gaze était employée sous forme de compresses ou de tampons. Plus rarement on avait recours à la poudre de xéroforme.

L'auteur a appliqué le xéroforme dans 35 cas de différentes affections chirurgicales et voici à quelles conclusions il est arrivé :

1° Le xéroforme a cet avantage sur l'iodoforme qu'il n'a presque aucune odeur;

2° Le xéroforme n'irrite pas la périphérie de la plaie et diminue considérablement la quantité des sécrétions inflammatoires;

3° Dans les pansements secs l'action du xéroforme ne se distingue presque pas de celle de l'iodoforme;

4° Dans les pansements humides, le xéroforme provoque la formation des granulations actives, hyperémiées qui tendent à une bonne et rapide cicatrisation;

5° Ces granulations saignent si peu que ce point ne présente quelque importance, que lorsqu'on a à soigner des enfants en bas âge;

6° Les cicatrices obtenues sous des pansements au xéroforme ont toujours été bonnes.

B. Taft.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Grippe (*suite*)

Traitement des symptômes et complications de l'appareil respiratoire et circulatoire.

e) Congestion pulmonaire.

Si la congestion est relativement peu étendue, révulsion à l'aide des ventouses sèches renouvelées matin et soir, de cataplasmes sinapisés.

Le révulsif le plus efficace est la compresse de Priessnitz :

On applique sur toute la surface du thorax des linges ou des compresses de tarlatane repliées en plusieurs doubles, imbibées d'eau froide, puis exprimées. Ces compresses sont recouvertes d'une enveloppe de gutta-percha laminée ou de taffetas gommé et le pansement est maintenu par un bandage de corps.

Ipéca, non à dose massive, vomitive, mais à doses fractionnées, expectorantes :

Poudre d'ipéca.....	1 gramme.
Extrait thébaïque.....	10 centigr.

Pour vingt pilules, quatre par jour.

Ergotine, ergotinine.
En potion, injections sous-cutanées.

Julep.....	100 grammes.
Eau-de-vie vieille.....	40 —
Ergotine.....	3 —
Poudre d'ipéca.....	40 centigr.

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Injections de caféine, d'éther, de strychnine.

Sulfate de strychnine....	1 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

Injecter une demi-seringue.

f) Broncho-pneumonie et pneumonie.

Ventouses sèches ; enveloppements froids.

Bains progressivement refroidis (de 32° à 24°), donnés primitivement toutes les trois heures.

Eau-de-vie (60 à 200 grammes) ; champagne, café.

Injections répétées de caféine, d'huile camphrée, etc.

g) Pleurésie sèche.

Ventouses scarifiées ; pointes de feu ; badigeonnages répétés avec :

Gaïacol.....	2 grammes.
Glycérine..... }	
Teinture d'iode..... }	ââ 20 —

Ultérieurement massage du thorax.

h) Troubles cardiaques, intermittences, arythmie, phénomènes angineux.

Liqueur d'Hoffmann (4 à 5 grammes).

Infusion de feuilles de digitale (20 à 30 centigrammes) ou solution de digitaline cristallisée au millième (quinze gouttes par jour).

Teinture de Kola : deux à trois cuillerées à café par jour dans du lait, du curaçao. Injections de caféine ; café.

Veiller à ce que le repos absolu dans le décubitus horizontal soit observé.

Dans la forme bulbaire caractérisée par la dyspnée de Cheyne-Stokes, la tendance à la syncope, injections de strychnine, de trinitrine :

Eau distillée.....	10 grammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 1/100.....	40 gouttes.

Injecter deux à quatre demi-seringues par jour. (Huchard.)

Traitement de la forme gastro-intestinale.

Dans les cas où la constipation domine, entéroclyse intestinale (déjà mentionnée).

Purgatifs salins (sulfate de soude, 20 à 30 grammes ; sulfate de magnésie, 30 à 50 grammes).

Dans la forme cholérique avec vomissements et évacuations alvines répétées, diète hydrique, thé au rhum ; élixir parégorique ; eau chloroformée et menthol :

Eau chloroformée.....	200 grammes.
Menthol dissous dans alcool.....	20 centigr.
Sirop de codéine.....	50 grammes.

Une cuillerée toutes les deux heures.

Frictions avec le liniment ammoniacal camphré. Après atténuation des symptômes graves donner alternativement du lait et du champagne frappé.

Quand il existe seulement des selles fétides, pâteuses, prescrire le régime lacté absolu et le benzo-naphtol, associé ou non au salicylate de bismuth, au charbon :

Benzo-naphtol.....		50 centigr.
Salicylate de bismuth....	ââ 30	—
Charbon.....		

Pour un cachet. Cinq à six par jour.

Traitement de la convalescence.

Revenir progressivement à une alimentation reconstituante :

Au lait ajouter successivement des potages épais, des œufs, des huîtres, du ris de veau, de la cervelle, puis des viandes grillées, des purées, des fruits cuits. L'usage du lait doit être continué pour favoriser l'élimination des toxines.

Stimuler l'appétit par les teintures amères (de gentiane, colombo, écorces d'oranges amères, noix vomique, gouttes amères de Baumé, etc.).

Prescrire, par exemple :

Teinture de badiane.....	8	grammes.
Teinture de fèves de Saint-Ignace.....	2	—

Dix gouttes au début de chaque repas

ou

Eau distillée.....	225	grammes.
— de fleurs d'oranger..	30	—
— de menthe.....	15	—
Teinture de colombo....	20	—
Teinture d'écorces d'oranges amères.....	8	—
Gouttes amères de Baumé	2	—

Une cuillerée à bouche au début de chaque repas.

Combattre l'asthénie par les frictions avec l'alcoolat de lavande, l'alcool camphré, etc.; par les préparations de strychnine, de kola, de quinquina, par les phosphates.

a) Arséniate de strychnine (un demi-milligramme pour un granule). Deux à chaque repas.

b) Extrait hydro-alcoolique de kola.....	10	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	300	cent. cubes.

ou

Teinture de kola.....	ââ 50	cent. cubes.
— de coca.....		
Acide citrique.....	1	gramme.
Arséniate de soude.....	5	centigr.

Deux cuillerées à café par jour.

(Grasset.)

c) Phosphate de soude.....	15	grammes.
Extrait de quinquina....	10	—
Teinture de kola.....	20	—
Glycérine.....	50	—
Vin de Malaga.....	900	—

ou

Phosphate de soude.....	10	grammes.
Arséniate de soude.....	5	centigr.
Eau.....	100	grammes.

Une cuillerée à café à chaque repas.

G. Lyon.

PETITE CHRONIQUE

Le vent est aux procès. La Faculté a eu le sien avec l'affaire Heim-Blanchard, l'armée avec l'affaire..., enfin vous savez bien, la fameuse affaire, trop fameuse, hélas! Notre tour va venir dans quelques jours, ou plutôt revenir, à nous médecins, avec la reprise en appel de l'affaire Laporte.

Serons-nous plus heureux cette fois? Espérons-le sans trop le croire. Le public — c'est là un signe des temps — ne croit plus à grand'chose, et à la justice moins encore qu'à tout le reste. Il sait trop que le juge est un fonctionnaire comme les autres, soumis aux lois de l'avancement au « choix », pour ne pas dire plus, et que les âmes de bronze, qui, comme le chancelier Séguier, rendent des arrêts et non des services, se font rares ici comme partout ailleurs, avec la mise au jour des nouvelles couches. L'émotion qui s'est emparée de certains esprits, pourtant cultivés, à propos de l'affaire Dreyfus, n'est qu'un incident de cette progressive évolution du sentiment public, que de simples affirmations n'arrivent plus à convaincre et qui de jour en jour devient plus incapable de refouler un sentiment personnel, une intuition propre, même vague, devant l'absolu d'une idée générale, fût-ce celle de la Patrie.

Donc, le retour du procès Laporte ne s'approche pas sans que toute méfiance nous revienne à l'esprit. Depuis lors M. Pinard et ses élèves ont déjà préparé le terrain des futures polémiques. Un mémoire qu'ils viennent de faire paraître, appuyé sur des expériences faites sur les animaux, établit que les perforations vésicales produites chez la chienne à l'aide d'une aiguille de matelassier, identique à celle dont s'est servi le malheureux Laporte, ne sauraient en aucun cas atteindre les dimensions de celles que M. Socquet trouva chez la femme Fresquet : la vessie, paraît-il, de par la contractilité de sa paroi musculaire, se referme aussitôt sur la perforation circulaire et ne laisse plus à celle-ci que des dimensions bien inférieures au calibre de l'aiguille elle-même.

Il est probable que ces expériences n'en recevront pas moins l'assaut de la critique : on fera remarquer, en particulier, que la vessie d'une chienne saine n'est peut-être pas absolument comparable à celle d'une femme en couches, après plusieurs heures de séjour d'une tête dans le petit bassin, et que la partie de la vessie adhérente à la paroi utérine, point où furent trouvées les perforations chez la femme Fresquet, ne présente pas pendant la grossesse (qui lui fait subir une distension considérable) la même tonicité que la paroi des parties libres du réservoir.

Quoi qu'il en soit, j'oserai dire que je regrette de voir l'éminent accoucheur s'engager dans la voie que font pressentir ces recherches préalables. Plus que tout autre, je rends hommage à la beauté du sentiment, qui a amené à la barre le professeur d'Obstétrique de la Faculté, venant défendre le plus jeune et le plus humble de ses confrères : c'est un trop bel exemple et dont je souhaite trop la généralisation pour mêler à mes éloges la moindre réticence. M. Pinard ne m'en voudra donc pas si je fais simplement remarquer que le but à atteindre, en définitive, et qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est l'acquittement de Laporte, que nous considérons tous comme non responsable d'un accident qui peut arriver à chacun de nous. C'est ce principe de l'irresponsabilité du médecin devant l'accident opératoire, hors le cas de faute lourde, qu'il faut avant tout faire établir, parce que la profession médicale tout entière serait entravée dans son exercice même, si ce principe devait être chaque fois contesté par les tribunaux.

Une question bien posée est à moitié résolue. Or, ce qu'il faut éviter ici, c'est que la question se pose mal, et je crains que la manière dont M. Pinard l'envisage, pour loyale et généreuse qu'elle soit, ne comporte des dangers, comme elle l'a fait la première fois.

M. Maygrier, pour lequel on a été profondément injuste, car il était dans cette situation terrible d'avoir deux personnes à défendre, Laporte et Socquet — au premier rapport évidemment superficiel et hâtif, — M. Maygrier était, à mon humble avis, beaucoup plus dans le vrai, quand il disait — en substance : « Il y a des lésions incontestables : elles sont probablement dues à l'aiguille. Mais Laporte est infiniment excusable d'avoir eu recours à un instrument de fortune en pareille circonstance, et, en s'en servant, il est très excusable de les avoir produites. » Si l'on avait eu affaire à un autre tribunal, moins disposé à accueillir la « voix du peuple » comme la voix de Dieu, s'il ne s'était trouvé là un de ces présidents terribles, une de ces têtes qu'on n'aime pas à rencontrer au coin d'une loi, le rapport de M. Maygrier permettait amplement l'acquittement de Laporte, et l'on pourrait presque dire qu'il était fait pour cela si, par principe, un rapport d'expert ne devait être soucieux de ses propres conséquences, puisqu'il apporte non pas un jugement, mais un renseignement.

M. Pinard est venu poser la question sur un tout autre terrain. Avec lui, il n'est plus question d'accepter le côté inévitable, mais excusable et légitime de l'accident. L'accident lui-même est nié. Laporte devient un accoucheur de premier ordre, ayant fait preuve d'un sang-froid digne d'un maître blanchi sous le harnois. Les perforations ne sauraient être produites par l'instrument employé, et, dans une argumentation où se reflète toute l'ingéniosité, toute la logique d'un esprit clinique supérieur pour lequel l'exception a les mêmes droits à la discussion que toute autre hypothèse, — parce qu'elle est néanmoins une forme du possible, et que le clinicien doit songer à tout le possible avant d'affirmer un diagnostic, — M. Pinard a plaidé le doute, la non impossibilité d'une autre explication, si rare qu'elle fût, telle que celle des fameuses aiguilles épineuses.

Malheureusement c'était un argument d'amphithéâtre et non de salle d'audience. Quand le tribunal trouve deux experts de même mérite en contradiction, il tend à voir leurs deux opinions s'annuler l'une par l'autre, et on ne peut trop lui en vouloir de ne point se mêler de les départager, sous peine de paraître peser la valeur des personnalités qui les représentent. Il eût mieux valu sans doute désigner un troisième arbitre,

et de fait le juge s'est contenté ici, comme tel, de la commère, solution plus démocratique que sage.

Je n'irai certes point dire, comme me l'ont affirmé des gens du Palais cependant, que c'est l'intervention de M. Pinard qui fit condamner Laporte. Ce fut plutôt celle de l'avocat, qui traita le président comme on le traite aux assises, milieu dont il avait conservé les habitudes. Aux assises, le président, selon la manière de poser les questions, est un peu un accusateur; du moins il expose et développe l'accusation, s'il ne la défend pas. L'avocat lutte contre lui tout à son aise, puisque la décision en définitive ne viendra pas de lui, mais des douze jurés. A la correctionnelle, c'est une autre affaire, et il convient de lui parler comme on parle à l'homme qui va décider de votre sort.

Pour en revenir à M. Pinard, je crois donc qu'en n'acceptant pas les termes du rapport de M. Maygrier — qui, en admettant largement la part de l'accident inévitable, laissait place, avec un avocat discutant sur ce terrain, à un acquittement complet, — l'éminent accoucheur a amené le tribunal à ne puiser aucun élément dans les idées techniques qu'on lui soumettait et qui lui ont paru manquer d'absolu. Il y a même eu quelque chose de plus grave encore, au point de vue qui nous intéresse tous. En voulant quand même innocenter Laporte des fameuses perforations vésicales, on reconnaissait implicitement que c'était là le point essentiel du débat et que les lui imputer était établir par cela même sa culpabilité. Tout au contraire, au point de vue général qui laissait tout le corps médical anxieux de la solution que la justice allait donner au débat, ce qui était bien autrement important à établir c'est que, *même si Laporte était l'auteur de ces perforations*, il devait échapper à toute condamnation de ce chef. C'est le droit à l'accident qu'il fallait faire proclamer, l'admission de l'inévitable dans les suites d'une intervention chirurgicale décidée de plein droit et accomplie au mieux de ce que les circonstances permettaient : là était le débat intéressant, là se trouvait la décision capitale qu'il fallait arracher à la justice et dont la portée générale intéressait la profession tout entière.

M. Pinard est venu discuter un fait, que d'autres experts, de même valeur aux yeux du Tribunal, interprétaient autrement, si bien que le juge a pris sa décision en dehors des uns et des autres. Si, au contraire, M. Pinard était venu dire, avec la haute autorité que lui donnait sa grande situation et l'honnêteté de sa parole : « Les lésions ne sont peut-être pas le fait de l'opérateur, mais le seraient-elles qu'on ne saurait les lui imputer à crime. Le Pr X..., en pareille circonstance, a eu un accident semblable. Le Pr Y... en a eu deux autres. Telle statistique accuse tel pourcentage de mortalité dans les mêmes circonstances ; moi-même, dans des conditions semblables, ne pourrais répondre de ne pas voir le même malheur m'arriver, et dans mon âme et conscience, je croirais n'avoir rien à me reprocher... »

Je ne sais pas ce qui en serait advenu, mais tous les gens de loi à qui j'ai parlé de la question en la présentant sous cette forme, m'ont affirmé que jamais Laporte n'eût été condamné...

Après l'insuccès de la première méthode, pourquoi, cette fois, ne pas essayer de celle-ci?

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Congrès français de médecine. (IVe session, à Montpellier). — Le IVe Congrès français de médecine tiendra sa prochaine session à Montpellier le 12 avril 1898, sous la présidence du Pr Bernheim (de Nancy).

Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre ; elle donne droit à la participation aux travaux, aux fêtes, aux excursions et aux votes du Congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les neuf rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès.

Les dames, les étudiants en médecine et les personnes non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès moyennant une cotisation de 10 francs ; ces membres participent aux mêmes avantages que les titulaires, sauf le droit de vote.

Les trois questions proposées sont les suivantes :

1° Des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. — *Rapporteurs* : MM. les professeurs Bard (Lyon) ; Révilliod (Genève) et Vergely (Bordeaux).

2° Les associations microbiennes et les infections mixtes. — *Rapporteurs* : MM. les professeurs Malvoz (Liège) ; Spillmann (Nancy) et F. Widal (Paris).

3° De l'emploi thérapeutique des organes à sécrétion interne. — *Rapporteurs* : MM. les professeurs de Cérenville (Lausanne) ; Gilbert et Carnot (Paris) ; Mossé (Toulouse).

Ces rapports seront imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès, à tous les membres adhérents.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être, dès à présent, adressés au secrétaire général du Congrès, 10, rue du Jeu-de-Paume, Montpellier.

Propagation de la diphtérie et de la scarlatine. — Une maîtresse d'école de Gloucester a attiré l'attention d'un de nos confrères de cette ville sur un mode de propagation jusqu'ici non signalé de la scarlatine et de la diphtérie. Les enfants ont, sans doute dans tous les pays, l'habitude de lécher leurs ardoises pour les nettoyer. Ces ardoises sont dans beaucoup d'écoles laissées le soir à l'école par les enfants : on les distribue le lendemain sans les avoir désinfectées, et il en résulte qu'une ardoise infectée peut tomber entre les mains d'un élève bien portant.

BIBLIOGRAPHIE

Origine de la doctrine microbienne : Alphonse Guérin, sa vie, ses œuvres, par M. Orieulx de la Porte. Masson, éditeur, Paris. Prix : 2 fr. 50. — « Chez Alphonse Guérin, a dit le Pr Guyon, l'homme est aussi intéressant à étudier que le chirurgien. » Aussi, le livre qui retrace sa vie et ses travaux offre-t-il non moins d'attrait aux gens du monde qu'aux médecins. Il est semé d'anecdotes piquantes qui mettent en relief un caractère original et sympathique, énergique et doux. Le cœur vaut la tête, et ce n'est pas peu dire. On se souvient que le Dr A. Guérin revendiqua devant l'Académie de médecine et la Société de chirurgie, sans trouver de contradicteur, le titre d'initiateur de la doctrine microbienne. Le livre qui vient de paraître éclaire ces revendications de documents qui jettent un jour nouveau sur cette question intéressante. Il est orné de belles gravures, représentant notamment le portrait du célèbre chirurgien, des modèles de son pansement et le remarquable monument qui lui a été élevé à Ploërmel. R. Bl.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1898, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 320 pages, cartonné, 3 fr. (J.-B. Baillière et fils, Paris.)

L'édition de 1898 du *Formulaire* de Bocquillon contient un grand nombre d'articles nouveaux introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même les plus récents.

Citons en particulier : Acide cacodylique, cardol, chélidonine, chinaphtol, chrysoïdine, cryophine, eucaïne, europhine, ferro-somatose, héparadine, holocaïne, hydrargyroseptol, ichtyalbine, iodothyrine, liénadine, médulladine, mydrol, orthoforme, ossagine, ovaradine, pancréadine, péronine, phénylpilocarpine, picronitrique (acide), prostadine, protargol, pyramidon, renadine, spinol, suprarinadine, tannalbine, tannosal, testadine, thyradine, triphénine. Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : Airol, benzacétine, caféine, chloralose, cocaïne, eucaïne, ferripyrine, glycérophosphates, ichtyol, kola, menthol, résorcine, salipyrine, salophène, somatose, strophantus, trional, urotropine, xéroforme, etc.

Ce Formulaire est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imp. Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Distinctions universitaires. — Par arrêtés ministériels, en date du 22 janvier 1898, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Baudouin, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'Hôtel national des Invalides; Bazin, maire de Corbeilles, délégué cantonal; Bertrand, conseiller d'arrondissement, maire de Neauphle-le-Château; Bichon, à Angers, conseiller général, délégué cantonal; Brou de Laurière, maire de Cendrieux, conseiller d'arrondissement, médecin du lycée de Périgueux; Calmon, conseiller général, délégué cantonal, à Céret; Cauchois, chef du service chirurgical à l'Hôtel-Dieu, à Rouen; Chambard, délégué cantonal, à Lyon; Delorme, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons; Dodin, maire de Challans, délégué cantonal; Durand, délégué cantonal, à Marseillan; Duriau, président du conseil d'arrondissement de Dunkerque, délégué cantonal; Fleyssac, à Treignac: Gagey, conseiller général, maire de Pouilly-en-Auxois, délégué cantonal; Godivier, conseiller général, président de la délégation cantonale, à Bouère; Labat, à Nérac; Ladevèze, conseiller d'arrondissement, maire de Saint-Florent, délégué cantonal; Lebrun, médecin inspecteur des écoles, membre du bureau d'administration du collège de Bar-sur-Aube, délégué cantonal; Maison, médecin inspecteur des écoles, au Vésinet; Ménard, délégué cantonal, à Nîmes; Michel, médecin en chef de la marine; Mordagne, médecin inspecteur des écoles, président de la délégation cantonale, à Tourny; Pernet, médecin inspecteur des enfants du premier âge, président de la délégation cantonale, à Rambervillers; Picaud, maire de Nontron, délégué cantonal; Villard, à Verdun, publiciste.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les Drs Ameline, médecin inspecteur des écoles, à Saint-James; Andt, à Valenciennes, membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement; Bar, médecin principal de deuxième classe, chef du service de santé à l'Ecole polytechnique; Baratier, délégué cantonal, à Jeugny; Barret, délégué cantonal, à Chabanais; Benoist, médecin inspecteur départemental de l'assistance publique, à Vannes; Bernard, délégué cantonal, à Dinard; Besson, délégué cantonal, à Bourges; Bois, délégué cantonal, à Saint-Laurent-de-Chamousset; Bolognesi, délégué cantonal, au Mans; Bonnet, président du Conseil d'arrondissement de Briançon; Bouchon, délégué cantonal, membre du bureau d'administration du collège de Toul; Boutier, délégué cantonal, à Loches; Bouvet, à Bordeaux; Braillon, délégué cantonal, à Nesles; Bréchot, à Versailles; Breillot, délégué cantonal, à Sourdeval; Brouillaud, délégué cantonal, à Bazac-sur-l'Isle; Brousse, à Saint-Etienne-au-Mont; Broussin, médecin de l'école normale d'institutrices, à Versailles; Brunet, à Ballancourt; Calbris, président de la délégation cantonale de Vassy; Catteau, médecin principal de deuxième classe, secrétaire du Comité technique de santé; Chaudron, délégué cantonal, à Eclaron; Chevalier, délégué cantonal, à Marseille; Chevelu, maire de Sathonay, délégué cantonal; Cossa, délégué cantonal, à Entrevaux; Darbouet, conseiller municipal à Boucau; Decrossas, maire de Rozès, délégué cantonal; Dejean, délégué cantonal, à Decize; Dieudé-Fauvel, délégué cantonal, à Sauveterre-la-Lémence; Dop, président de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse; Dresch, à Foix, vice-consul d Espagne; Ecot, médecin-major de 2e classe, chef du service de santé aux batteries alpines du 19e d'artillerie; Fabre, maire de Saint-Rome (Tarn), délégué cantonal; Faure-Miller, à Cannes, lauréat de la Faculté de médecine de Paris; Fayol, vice-président de l'association amicale des Alsaciens-Lorrains, à Marseille; Felletin, maire d'Izou; Ferran, à Saint-Michel; Ferron, médecin principal de première classe, directeur du service de santé au 13e corps d'armée; Foucherand, délégué cantonal, à Saint-Paul-de-Chalençon; Geghre, à Mascara (Algérie); Giraud, adjoint au maire de Forcalquier, délégué cantonal; Giraud, délégué cantonal, à Marennes; Godfrin, délégué cantonal, à Clermont-en-Argonne (Meuse); Gomot, médecin des lycées de garçons et de jeunes filles et des écoles normales, à Guéret; Grimaldi, chirurgien-adjoint de l'hospice de Bastia; Gromelard, au Vésinet, publiciste; Guelliot, chirurgien du lycée et de l'Hôtel-Dieu, à Reims; Guillaume, médecin-major au 114e régiment d'infanterie, à Parthenay; Guillot, délégué cantonal, à Lizy; Guy, délégué cantonal, à Limours; Hennecart, à Charleville, publiciste; Hubert,

médecin-inspecteur des écoles, à Cherbourg; Josserand, médecin des hôpitaux, à Lyon; Juventin, ancien délégué cantonal, à Nice; Lacq, conseiller d'arrondissement, à Ney; Lafage, délégué cantonal, à Nogent-le-Roi; Lapierre, délégué cantonal, à Sedan; Larché, président de la délégation cantonale, à Cornimont; Lebault, délégué cantonal, à Saint-Vit; Lévy, à Nancy; Malabouche, à Gignac; de Manny, conseiller général, maire de Brossac, délégué cantonal; Marin, à Tarascon; Maunoury, chirurgien des hospices de Chartres, médecin du lycée; Ménard, conseiller municipal, à Bacqueville, délégué cantonal; Michel, à l'Arbresle; Molas, délégué cantonal, à Auch; Montalier, médecin-adjoint de l'institution nationale des sourds-muets de Bordeaux; Moreau, membre du bureau d'administration du lycée de Sens; Nolé, directeur de l'asile d'aliénés du département de l'Allier, à Sainte-Catherine; Paulin, délégué cantonal, à Lunéville; Peloni, maire de Boukanéfis; Périer, maire de Champagne-lès-Marais, délégué cantonal; Persillard, conseiller général, maire de Saint-Benoît-sur-Loire, délégué cantonal; Philippon, délégué cantonal, à Huriel; Pichez, délégué cantonal, à La Rochelle; Pilleyre, directeur, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Prémontré, délégué cantonal; Pissot, médecin de plusieurs sociétés de secours mutuels, à Robert-Espagne; Pouchin, membre du Conseil central d'hygiène, à Rouen; Poulain, médecin de bord du *Maréchal-Bugeaud*, à Marseille; Poussié, délégué cantonal, au Châtelet; Puech, délégué cantonal, à Roquecourbe; Raoult, délégué cantonal, à Raon-l'Etape; Reisser, à Oued-Fodda; Rigail, délégué cantonal, à Carcassonne; Rosse, médecin-inspecteur des écoles, à Marseille; Roudaire, maire de Lapeyrouse, délégué cantonal; Rousseau, médecin de l'école normale de Parthenay; Sabourin, président de la délégation cantonale, à Mirambeau; Sassier, médecin du collège de Chalon-sur-Saône; Soulayrac, à Narbonne; Tachard, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 11e corps d'armée; Tessel, maire de Luc-sur-Mer, délégué cantonal; Théron, maire de Capestang, délégué cantonal; Timal, médecin du collège de Cambrai, délégué cantonal; Tournadre, médecin-inspecteur des écoles, à Saint-Germain-Lembron, délégué cantonal; Turriès, maire de Puimoisson, délégué cantonal; Vialettes, à Montbazin; Vié, à Montredon; Vincent, délégué cantonal, à Agon; Wooloughan, à Bordeaux; Zuccarelli, à Bastia.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA KINÉSITHÉRAPIE DANS LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Par le Pr GOLDSCHEIDER (1).

Je n'ai pas l'intention d'aborder l'étude de la kinésithérapie dans son ensemble, et je désire m'en tenir à quelques points seulement, concernant le traitement kinésithérapique de l'ataxie du tabétique, des spasmes musculaires et des parésies spasmodiques, des parésies flasques, de l'atrophie musculaire et enfin de certaines affections névralgiques et de certaines arthralgies.

On parle surtout en ce moment de la kinésithérapie de l'ataxie locomotrice : on désigne fréquemment cette méthode sous le nom de procédé de FRENKEL (de Heiden). Cet auteur débuta dans l'étude de la question d'une façon tout à fait empirique, mais il s'aperçut bien vite que la méthode qu'il avait adoptée s'appuyait entièrement sur la théorie de LEYDEN : on sait que cet auteur rapporte à des troubles de la sensibilité les phénomènes d'ataxie que l'on observe chez le tabétique.

Avant même que Frenkel eût institué sa méthode, v. Leyden avait parlé d'un traitement compensateur; il voulait par ce terme faire ressortir qu'il y a lieu de corriger par compensation dans l'ataxie les troubles moteurs dus à des perturbations existant dans le domaine de la sensibilité. En d'autres termes, il fallait s'ingénier à habituer les malades à régler leurs mouvements en s'aidant des territoires restés intacts au point de vue de la sensibilité ou en appelant à leur aide les organes des sens. Nous ne fûmes donc pas étonné, à la clinique de Leyden, à l'apparition de la méthode de Frenkel : j'étais à ce moment assistant à cette clinique et je me souviens fort bien que nous fûmes dès le premier jour prévenus en faveur de cette méthode; nous faisions déjà faire à nos tabétiques des exercices, à vrai dire avec moins de minutie dans les détails et de persévérance que Frenkel. Cet auteur a eu incontestablement le mérite d'avoir édifié sa méthode avec un zèle et une perfection très grands; il a pu ainsi obtenir des succès qu'on n'avait

(1) Traduit de la *Deutsche med. Wochenschrift*, nos 4 et 5, 1898.

jamais connus avant lui : plus tard, Frenkel a été poussé par ses recherches à baser sa méthode sur la théorie sensitive de l'ataxie, et il est devenu l'ardent défenseur de cette théorie. Il faut surtout lui savoir gré de ce qu'il s'est efforcé de faire adopter à la Salpêtrière de Paris les opinions que nous défendions depuis longtemps en Allemagne au sujet de l'ataxie. Je ne puis toutefois approuver Frenkel lorsqu'il cherche à démontrer qu'il a lui-même découvert la théorie de l'ataxie telle que nous la comprenons : cette théorie était entièrement édifiée avant que Frenkel n'eût étudié le sujet, et il n'y a rien ajouté.

Quand cet auteur nous apprend que chez tous les tabétiques présentant de l'ataxie, il a constaté l'existence de troubles de la sensibilité dans le domaine du sens musculaire, il apporte un fait précieux à l'appui de la théorie, mais il ne nous apprend rien de nouveau. Ces données se retrouvent tout au long dans l'ouvrage que j'ai publié en collaboration avec v. Leyden, et j'ai moi-même, il y a bien des années déjà, énoncé ce fait que je ne connaissais pas un seul cas d'ataxie tabétique qui ne présentât des troubles du sens musculaire. Je suis prêt à déclarer que tous mes travaux sur l'ataxie n'ont aucune valeur si l'on parvient à me montrer *un seul cas de tabes* compliqué d'ataxie et ne présentant pas de troubles du sens musculaire.

Au point de vue spécial de la kinésithérapie, je rappellerai que je me suis occupé de cette question à partir de 1891; je puis donc dire que je possède sur ce sujet une expérience étendue, bien que je n'aie pas jusqu'ici exprimé mon opinion sur ces recherches. J'ai appris la méthode dans le service de v. Leyden, et j'ai continué à l'appliquer en m'inspirant des travaux de Frenkel; voici, dans ses grandes lignes, le traitement que je préconise aujourd'hui.

Dans le stade paraplégique et dans les cas où il s'agit de tabétiques très amaigris et cachectiques, on commencera par faire exécuter des flexions et des extensions très limitées de la jambe, le malade étant couché. On ne peut pas, comme chez les ataxiques robustes, procéder à une ou deux séances kinésithérapiques prolongées par jour, car ces malades s'épuisent très facilement et ne peuvent soulever la jambe au-dessus du plan du lit qu'en une très faible mesure. Il faut, pour faciliter les mouvements, diminuer le poids de la jambe à soulever : un infirmier ou un aide soutiendra en conséquence légèrement le membre au moyen des deux mains placées sous la cuisse et sous la jambe; dans ces conditions, on fera exécuter au malade des mouvements de flexion et d'extension. On peut aussi placer la jambe dans une écharpe suspendue à une sorte de potence au-dessus du lit. Il est préférable que l'écharpe présente deux chefs, l'un soutenant la cuisse, l'autre la jambe. Le membre une fois soutenu, le malade lui imprimera des mouvements de flexion et d'extension. Je me sers aussi d'une méthode plus simple : j'utilise un appareil à contre-poids destiné à faire équilibre au poids du membre; j'emploie enfin aussi un appareil à poulie.

D'autres mouvements viennent s'ajouter à ceux que je viens de décrire. Je place sur l'extrémité du lit une chaise renversée, et le malade s'exerce à toucher les barreaux de cette chaise avec le pied et à passer le pied entre ces barreaux.

Le Dr Merk, mon ancien assistant, qui habite actuellement Oppenau, a fait construire un appareil *ad hoc*, sorte de chaise à échelons que l'on place à l'extrémité du lit : le malade s'exerce à passer d'un échelon à l'autre avec les pieds seulement.

Au début, le malade contrôle ses mouvements avec les yeux, plus tard il doit les exécuter les yeux fermés; le malade doit en effet apprendre à doser exactement son impul-

sion motrice en la contrôlant au début au moyen de l'appareil visuel, plus tard au moyen de ce qui lui reste de sensibilité. L'homme sain exerce à tout instant un contrôle sur ses mouvements actifs au moyen de points de repère ressortissant au domaine de la sensibilité. Le tabétique ne peut contrôler que certains territoires musculaires : je voudrais à ce sujet me faire comprendre au moyen d'une comparaison quelque peu boiteuse. L'individu normal qui exécute un mouvement actif rappelle un acteur qui répète tout ce que lui dit le souffleur : ce dernier est représenté ici par la sensibilité exerçant son contrôle. Le tabétique ne perçoit que quelques mots de temps en temps et est obligé d'apprendre par l'exercice les mots qui enchaînent ceux qu'il a entendus prononcer au souffleur.

Cette digression m'a servi à montrer qu'il est utile que les malades commencent à exécuter les mouvements sous le contrôle de l'appareil visuel, avant que de les exécuter les yeux fermés.

Il faut lorsqu'il s'agit d'ataxiques paraplégiques ou cachectiques être très prudent et ne pas trop leur demander : de grands intervalles de repos sont nécessaires, car on observe fréquemment des états asthéniques qui durent une journée et davantage et forcent à un repos absolu.

L'alimentation doit attirer tout spécialement l'attention : il est souvent indiqué, avant de commencer le traitement, de suralimenter les malades pendant plusieurs semaines pour leur permettre de lutter contre les fatigues que le traitement comporte. Il va sans dire qu'on instituera en même temps un traitement hydrothérapique, électrothérapique, etc.

Je puis confirmer, au point de vue du résultat obtenu, les assertions de Frenkel : on peut dans certaines circonstances améliorer dans de larges proportions les cas de paraplégie.

Dans d'autres cas on n'avance pas dans le traitement, les malades souffrent de violentes douleurs à la suite des séances, où l'on voit apparaître des crises de douleurs fulgurantes qui s'opposent à la continuation des exercices. On rencontre aussi parfois des tabétiques qui n'ont pas l'énergie suffisante pour mener à bien ces exercices fatigants. Dans la plupart des cas toutefois, on fait des progrès notables, et il est avéré qu'on peut soustraire ainsi à l'état paraplégique quelques individus et leur permettre de marcher à nouveau. Je ferai toutefois remarquer que pour obtenir un résultat de ce genre, il faut continuer la cure pendant très longtemps dans les cas de paraplégie.

Si l'on considère des tabétiques moins avancés, encore capables de marcher, même à l'aide d'une canne ou en s'appuyant sur une autre personne, il faut surtout chercher à améliorer la marche : la kinésithérapie a en effet pour tâche principale d'arriver à apprendre à marcher à l'ataxique.

Un pianiste n'est pas un prestidigitateur et *vice versa*, car chacun de ces virtuoses n'a acquis à fond que l'habileté manuelle limitée qui lui est nécessaire ; il en est de même pour l'ataxique qui doit commencer à apprendre à exécuter aussi bien que possible les seuls mouvements qu'on lui enseigne : parmi ces mouvements, la *science de la marche* constitue pour lui une nécessité primordiale. Il est certain cependant que les autres mouvements sont aussi quelque peu influencés par les exercices.

Il faut par conséquent faire soumettre le tabétique à beaucoup d'exercices de marche, plus ou moins difficiles à exécuter suivant le degré du trouble de la motilité. Nous citerons à cet égard les exercices suivants : marcher sur un chemin tracé ou sur des points mar-

qués à l'avance sur le sol, mettre un pied devant l'autre, le talon venant toucher la pointe du pied placé en arrière, soulever le pied en commençant par le talon, ou enfin marcher les genoux pliés. Plus tard, on oblige les patients à poser un pied exactement devant l'autre, et à imprimer dans cette position un petit mouvement de rotation à la jambe, puis on les fait marcher en arrière, etc. Il faut surtout exercer ces malades à soulever le talon, en cherchant à imiter la démarche d'un individu affecté. On exercera aussi les malades à plier les genoux en se tenant pour cela à une table ou à une corde descendant du plafond : on les oblige aussi à marcher en suivant une spirale concentrique, exercice qui est pour eux très difficile à exécuter. On peut aussi leur faire faire le mouvement de ramer sur un appareil *ad hoc*, etc.

Pour faciliter l'exécution de ces exercices, on fera fort bien de placer dans un cadre en bois muni de roulettes, le malade qui devra contrôler dans les premiers temps, par la vue, les mouvements qu'on lui ordonne de faire : plus tard il essaiera d'avancer sans regarder ce qu'il fait.

On instituera en outre des exercices de précision, consistant à faire toucher avec la pointe du pied un point de repère marqué sur le mur, ou en plaçant une cible contre ce mur, et en priant le malade de toucher avec la pointe du pied les différentes circonférences tracées sur cette cible. On se servira encore d'une échelle, dont le malade devra tour à tour toucher chaque échelon avec la pointe du pied : on peut aussi le prier de passer la pointe du pied entre les échelons. Ce sont là les appareils indispensables.

Dans certains cas il est cependant utile de spécialiser davantage les appareils, en partie pour introduire plus de variété dans les exercices, en partie aussi pour forcer les malades à faire les mouvements exactement délimités que la structure spéciale de chaque appareil commande. Frenkel a décrit des appareils de ce genre pour les mains : il ne les considère pas comme nécessaires pour les jambes. Jacob a présenté au Congrès de Moscou des appareils pour les exercices du membre inférieur. J'ai moi-même, il y a deux ans, fait construire des appareils de ce genre.

L'appareil principal est un chemin muni de barres d'appui, présentant comme obstacles des planchettes en forme de triangles rectangles que l'on place debout, à volonté, perpendiculairement au grand axe du chemin : le malade est obligé de franchir ces triangles et s'exerce ainsi à marcher en levant plus ou moins le pied, à marcher en zigzag, etc.

Un autre appareil consiste en une petite échelle verticale, un autre en forme d'escarpolette : le malade doit, avec le bout du pied, soulever verticalement par l'extrémité une des branches de l'escarpolette; il apprend ainsi à bien exécuter le soulèvement vertical de la jambe. Un autre appareil consiste en un petit wagonnet roulant horizontalement sur des rails; le malade, en poussant le wagonnet avec le bord interne du pied, s'exerce à faire les mouvements horizontaux. Un autre appareil présente des cupules en bois, montées sur tiges et fixées sur une planchette : dans les cupules, on place des boules que le malade doit toucher avec le bout du pied sans les faire tomber hors de la cupule. Cet exercice sera fait d'abord les yeux ouverts, puis les yeux fermés. Le dernier appareil consiste en un grand disque de bois sur lequel est dessinée une spirale concentrique. Le malade, se tenant à une corde, doit marcher en suivant la spirale. Cet exercice, comme nous l'avons dit plus haut, est extrêmement difficile. Les prescriptions concernant ces appareils doivent être minutieusement indiquées et le malade sera soumis à une discipline sévère.

Ce traitement est, à peu d'exceptions près, fort utile aux malades, aussi voudrais-je tout spécialement attirer l'attention des praticiens sur la méthode.

Le traitement doit durer très longtemps. Je demande davantage encore : le tabétique ne doit jamais cesser de s'exercer, même lorsqu'il va beaucoup mieux ; il doit recommencer chaque jour sa série d'exercices en y consacrant un temps plus ou moins long, une ou deux fois dans la journée. L'expérience nous apprend en effet que si l'ataxique néglige ses exercices, et surtout s'il se surmène en dehors d'eux, ou s'expose à diverses influences nocives, le résultat n'est pas durable. On sait que pareille chose s'observe avec les sourds-muets : ces derniers apprennent à l'école à comprendre les paroles en suivant les mouvements des lèvres de leur interlocuteur, mais ils désapprennent rapidement au sortir de l'école ce qu'on leur a enseigné et ils adoptent bientôt le langage par signes. Pour l'ataxique, on observe le même phénomène : s'il cesse de s'exercer, il désapprend à faire avec précision ses mouvements.

Je me suis fort peu occupé de l'ataxie du membre supérieur.

A la kinésithérapie en elle-même vient s'ajouter la question de la *quantité de mouvements à prescrire*. Chaque ataxique doit être réglementé à ce point de vue suivant son état ; si on demande trop aux malades, l'état de dégénérescence ne sera pas amélioré, il recevra au contraire plutôt un coup de fouet. Il y a donc un régime strict à suivre en kinésithérapie, et ce régime ne sera ordonné à chaque malade qu'au bout d'un certain temps d'observation. Le principe fondamental est de *faire exécuter sans surmenage autant de mouvements que possible en intercalant de longs temps de repos :* je tiens beaucoup à ce dernier point. Un système nerveux même dégénéré supportera une quantité considérable de mouvements et d'excitations, à condition qu'on lui accorde des temps de repos entre les exercices. Si un ataxique marche plusieurs heures de suite, il peut en éprouver quelque dommage ; si au contraire la même somme de travail est bien distribuée au cours de la journée, il en retirera du bénéfice. Les mouvements représentent dans ce dernier cas une excitation simple, dans l'autre de l'hyperexcitation.

Frenkel a fait à ce sujet une remarque très juste, c'est que le tabétique ne ressent pas parfois la fatigue, ou la ressent à un moindre degré que l'homme sain ; il en résulte qu'il a une tendance à exagérer la somme de travail à effectuer. Je puis entièrement corroborer cette observation de Frankel. Il faut distinguer entre la fatigue de la musculature et la sensation de fatigue. Cette distinction est du reste souvent insuffisamment faite par les physiologistes. La sensation de fatigue se montre chez l'homme normal bien avant l'épuisement de la force musculaire. J'ai autrefois observé dans le service de la Charité une femme presque entièrement anesthésique qui ne présentait aucune sensation de fatigue. Elle pouvait porter des poids fort lourds à bras tendu pendant un temps incroyablement long : ce n'est que peu à peu que le bras fléchissait. Dans ce cas, la fatigue se montrait au moment où le muscle s'épuisait, tandis que chez l'homme normal la sensation de fatigue se montre bien avant. Nous sommes ici en présence d'un système très ingénieux : la nature a doué notre organisme de nerfs sensibles qui réagissent avant que les influences nocives n'interviennent. Si donc un tabétique présente une sensibilité à la fatigue diminuée, il arrivera facilement à surmener son appareil musculaire. On a parfois de la peine à l'empêcher de continuer ses exercices, jusqu'à ce que brusquement la réaction apparaisse sous la forme de crises douloureuses, etc.

D'autres ataxiques souffrent au contraire d'hyperesthésie et craignent même les moindres mouvements, ce sont en partie des neurasthéniques : ils se plaignent même

après avoir fait peu de mouvements de ressentir des douleurs, ils présentent de la répugnance, etc. Il faut, cela va sans dire, traiter les malades de ce genre avec une certaine sévérité et leur donner en même temps du courage en leur décrivant sans cesse les bons résultats qu'ils doivent attendre du traitement. Il est du reste aujourd'hui démontré (je rappellerai à ce sujet les déclarations de Frenkel, v. Leyden, Eulenburg et autres) que la méthode compte des succès à son actif, aussi le médecin se déterminera-t-il d'autant plus facilement à donner de l'espoir à son malade et à lui recommander de prolonger sa cure longtemps. Si le médecin lui-même a quelques doutes sur les résultats définitifs, il parviendra difficilement à inciter le malade à bien suivre la méthode. Il est malaisé de donner une statistique des succès obtenus, car nous n'avons pas de moyen de mesurer la gravité de l'ataxie et l'amélioration qu'elle peut subir. Il suffira, je pense, de savoir que l'on peut remettre sur pied même des paraplégiques dans certains cas et que dans les formes légères presque tous les malades trouvent un bénéfice essentiel à ces exercices.

A l'objection qui consiste à dire que nous ne guérissons pas le tabes mais seulement ses symptômes, nous répondrons que le médecin doit venir en aide au patient, où il peut et comme il peut : il est en effet bien préférable de n'améliorer que des symptômes, plutôt que de ne rien faire du tout. Je me place du reste à un point de vue un peu différent dans cette question. Je crois qu'une régularisation raisonnée, une diététique des mouvements peut dans beaucoup de cas contribuer à ralentir les progrès de l'affection tabétique.

J'ajouterai encore quelques détails au sujet de la technique de la kinésithérapie : Frenkel a eu raison d'attirer l'attention sur l'atonie musculaire des ataxiques, mais cette atonie ne peut servir, comme le pense Frenkel, de base à une théorie de l'ataxie. L'atonie a pour effet d'aggraver le tabes dans une très grande mesure, car les troubles ataxiques ressortent bien davantage encore sous son influence et les patients deviennent plus impotents encore grâce à elle. La kinésithérapie, dans tous les cas où l'atonie est marquée, donnera des résultats moins bons et moins rapides. Il faudra alors, comme mon expérience personnelle me l'a démontré, recourir avec insistance au massage et à l'électricité. Si l'atonie est très intense, on fera bien de soutenir les articulations, aussi bien la hanche que le genou, par des bandages qui permettront au membre de résister mieux et de fournir plus de travail musculaire. Les bandages donneront pour ainsi dire la stabilité qui rend possibles les mouvements : ces procédés accessoires font d'ailleurs partie de la kinésithérapie dans son ensemble et ne doivent pas être négligés.

Les ataxiques gravement atteints débuteront, comme je l'ai expliqué plus haut, par faire les mouvements couchés dans leur lit et les yeux ouverts ; plus tard, ils continueront les yeux fermés. Il importe à ce moment que les malades apprennent pour ainsi dire par cœur à sérier exactement leurs impulsions motrices : on facilitera la tâche en appelant à son aide le sens de la durée chronométrique. Je fais exécuter les mouvements, les yeux fermés, en faisant compter ou en m'aidant d'un métronome. Il y a dix ans déjà, à l'époque où je faisais des recherches physiologiques sur l'ataxie, j'ai pu constater que les notions de durée exerçaient une influence sur le contrôle des mouvements et j'ai étudié ce côté de la question.

Je ne voudrais pas négliger d'attirer l'attention sur le fait que la kinésithérapie ne s'adresse pas seulement à la persévérance, mais aussi à l'intelligence des malades : les résultats à obtenir dépendent de ces deux facteurs.

J'ajouterai enfin qu'une particularité de ma méthode consiste en ce que je cherche à améliorer le sens musculaire, je ne me borne pas à vouloir suppléer aux manques de la

sensibilité. J'exécute ou fais exécuter avec les membres atteints des mouvements passifs : on peut apprendre à l'entourage cette technique spéciale. Les malades, les yeux fermés, doivent se rendre compte des mouvements qu'on leur fait faire et doivent chercher à percevoir ces derniers en concentrant sur eux toute leur attention. On sait que l'homme sain perçoit la sensation des mouvements articulaires même les plus minimes. Chez l'ataxique, cette perception est diminuée, il ne s'aperçoit des mouvements exécutés que lorsqu'ils ont une grande amplitude. Il faut donc arriver à aiguiser autant que faire se peut cette perception obtuse. J'ai pu reconnaître dans plusieurs cas que ce but peut être atteint, dans une mesure faible il est vrai, mais suffisante pour venir notablement en aide à l'ataxique.

Je passerai maintenant à l'étude d'autres modifications pathologiques du mouvement, et en premier lieu au *tremblement spécial de la sclérose en plaques*. Plusieurs auteurs, moi-même y compris, ont fait ressortir que le tremblement qui s'observe au moment où le malade exécute un mouvement volontaire n'est pas un vrai tremblement, mais se rapproche plutôt des phénomènes d'ataxie : on arrive en effet, en soumettant ce tremblement à la kinésithérapie, à obtenir une amélioration. On prescrira simplement aux malades de désigner du doigt telle ou telle des circonférences concentriques tracées sur une cible, ou des points de repère marqués sur le mur : on fait faire encore avec les doigts des mouvements de précision. Je ne prétendrai pas que ces exercices jouent un grand rôle dans le traitement de cette affection, mais ils diminuent en une certaine mesure l'impotence fonctionnelle des malades qui peuvent utiliser davantage leurs mains.

Je suppose que tout praticien sait que dans la *chorée* on peut obtenir des améliorations en faisant exécuter des mouvements, mais ces derniers doivent être soumis à des règles spéciales. Les séances seront très espacées, ne dureront que quelques minutes, une fois par jour ou tous les deux jours seulement : dans l'intervalle, la malade conservera une immobilité aussi grande que possible. Au cours de la courte séance de kinésithérapie on cherchera à obtenir du patient qu'il concentre sa volonté sur l'exécution aussi précise que possible de quelques mouvements prescrits (balancer des objets tenus à la main, montrer du doigt des objets, etc.). On se persuadera bientôt que cette méthode améliore ostensiblement la chorée, et cela se comprend, car on sait que la volonté parvient dans une certaine mesure à exercer une inhibition sur les mouvements choréiques. On sait d'un autre côté que la kinésithérapie rendra dans certaines conditions d'excellents services dans la *crampe des écrivains*. Je rappellerai à ce sujet la méthode bien connue de Wolf, qui dans son essence fait partie de la kinésithérapie. J'ai observé en outre des succès dans des cas de *tremblement hystérique* chez des adolescents et des enfants.

Je mentionnerai enfin un cas d'*athétose*, d'une forme très tenace, observé chez un enfant atteint de paralysie cérébrale : il existait depuis la première enfance une paralysie des mains et des pieds, avec athétose concomitante très marquée. Je ne suis pas parvenu à guérir l'athétose, ce que du reste personne ne voudrait espérer, mais des exercices continués pendant plusieurs années ont à ce point amélioré la malade qu'elle est parvenue à exercer jusqu'à un certain point une inhibition sur les mouvements anormaux et peut se servir de ses mains.

Ici viennent se ranger les mouvements à prescrire dans les cas de *spasmes musculaires*. Dans les *contractures spasmodiques* s'observant à la suite de paralysies d'origine cérébrale ou spinale, la kinésithérapie ne peut donner *aucun résultat*. Dans les *contractures hystériques* au contraire les mouvements systématisés peuvent dans certains cas donner d'éclatants succès. Ces faits sont du reste connus dans leur ensemble. Il est plus intéres-

sant de constater que la rigidité musculaire de la *sclérose multiple* peut être influencée par la méthode dans les cas légers. Il faut que les malades atteints non de paralysie mais de parésie simplement, et présentant une démarche spasmodique, s'exercent avec persévérance à la marche, à la manière des ataxiques.

Chez cette catégorie de malades il ne s'agit pas de faire disparaître un trouble de coordination par les exercices, mais d'annihiler l'élément spasmodique : comment arriver à exercer un inhibition sur les spasmes musculaires ? Nos idées actuelles nous font admettre que ces paralysies spasmodiques se développent parce que certaines voies par où passe l'inhibition cérébrale ont été détruites par suite de la dégénérescence de certains cordons médullaires : nous n'admettons qu'à titre de règle générale que les voies par où passe l'inhibition sont identiques à celles suivies par la motricité. J'ai pu en effet me convaincre du fait que la kinésithérapie peut amener des améliorations appréciables dans ces états, mais il faut surtout diriger son attention sur le phénomène suivant : lorsque les malades de cette catégorie exécutent des mouvements, leurs muscles et leurs tendons subissent des tractions exagérées, et des contractures réflexes se développent dans les appareils soumis aux mouvements. Il faut donc faire exécuter les exercices en diminuant le poids du membre à remuer. Je fais en conséquence, dans les cas graves, soutenir les jambes par un aide, ce qui supprime une partie du poids à soulever, et j'ordonne des mouvements non pas lents mais précipités autant que possible : on constate alors que la contracture diminue beaucoup. On reconnaît aussi que les mouvements de projection et de pendule exercent une bonne influence sur ces spasmes. Eulenburg nous a appris dans sa communication que le Dr Kann fait exécuter les mouvements de pendule au moyen d'un appareil : ce procédé me semble indiqué. Les résultats ne sont pas bien marqués mais ils sont cependant dignes d'attention : il y a donc lieu de traiter la sclérose multiple non seulement par des médications internes (iode, par exemple) et la balnéothérapie, mais encore par les exercices de gymnastique.

La kinésithérapie des *paralysies* et des *parésies* ne nous arrêtera pas longtemps; chacun sait que les malades présentant des reliquats de paralysie doivent être améliorés, si faire se peut, par des exercices appropriés. Mais les méthodes à appliquer dans les cas de *parésies très marquées* et d'*atrophie musculaire* ne sont pas encore définitivement instituées. Il y a des malades qui ne peuvent soulever leur jambe au-dessus du lit, et qui ne sont pas pour cela paralysés, mais offrent seulement de la parésie à un haut degré. Il s'agira dans ces cas d'obtenir de ces malades qu'ils s'exercent à faire des mouvements : pour cela on cherchera à diminuer le poids à soulever : cela nous ramène à la méthode que j'ai décrite plus haut, et qui tend à obtenir cette diminution par un appareil à poulie ou à contre-poids. On voit alors le malade qui ne pouvait auparavant soulever la jambe, exécuter avec cette même jambe placée dans l'appareil à une certaine hauteur au-dessus du plan du lit, des mouvements de flexion et d'extension. On peut aussi, quand on ne dispose pas d'appareils de ce genre, suspendre une écharpe en boucle au-dessus du lit : on place la jambe dans l'écharpe, ou bien encore on fait simplement soutenir la jambe par un infirmier ou une infirmière.

Nous arrivons aux mouvements de *gymnastique exécutés dans un bain*. Dans les cas de parésie très marquée (je veux plus spécialement parler des cas de polynévrite), des malades qui ne peuvent soulever leur jambe dans le lit la remuent avec une grande facilité dès qu'ils sont plongés dans un bain. L'explication est facile à donner, le malade est *soutenu* par l'eau du bain, ainsi que me l'a démontré jadis mon chef le Pr v. Leyden, alors que j'étais son assistant. Bien que cette notion soit banale, elle est tout à fait

méconnue en médecine : même dans les ouvrages les plus modernes de balnéothérapie on ne trouve pas trace de ces effets spéciaux. Et pourtant il me semble que cette influence mécanique de l'eau joue un rôle considérable : je crois même, au risque de m'attirer le ressentiment de maints balnéologues, pouvoir admettre que cette action toute mécanique joue un rôle prépondérant dans les résultats thérapeutiques obtenus dans beaucoup de stations thermales indifférentes. Les paralysés et les parésiés ressentent dans l'eau des phénomènes très agréables et très curieux de soulagement : les jambes qui obéissaient quelques instants auparavant si difficilement, entrent aisément en mouvement dans l'eau du bain. Le malade ressent un *plaisir de mouvement* (1) qui exerce une influence psychique indéniable. Pour rassurer les auteurs d'ouvrages de balnéothérapie je laisserai ouverte la question des influences électriques mystérieuses s'exerçant dans certaines eaux thermales, et que l'on suppose depuis longtemps devoir exister.

J'utilise depuis des années avec persévérance la gymnastique dans le bain et ne saurais trop la recommander à tous mes confrères. Il faut placer les malades dans des baignoires très profondes, permettant de remuer facilement les jambes sans que le pied sorte de l'eau, et l'on verra avec joie combien les malades font de progrès dans la faculté de commander à leurs mouvements et combien s'accroît leur force musculaire. J'ai aussi depuis quelque temps adopté le *bain vertical* : j'ai fait construire une grande cuve dans laquelle je place le patient : il m'a semblé, bien que je n'aie pas encore grande expérience à cet égard, que cette modification est profitable à la méthode. J'ai aussi l'intention de construire un bassin allongé qui sera rempli d'eau et dans lequel les malades pourront faire quelques pas, mais j'en ai été jusqu'ici empêché par diverses difficultés matérielles. Les confrères qui se trouveront placés dans l'heureuse situation de pouvoir installer des appareils de ce genre feront bien de s'intéresser à cette question. Comme la diminution de poids est en raison directe de la densité du liquide, il y aurait sans doute lieu d'ajouter du sel à l'eau du bain : les mouvements seront beaucoup plus faciles à exécuter dans de l'eau très salée.

Les mêmes observations que je viens de transcrire au sujet des *paralysies* et *parésies* s'appliquent à l'*atrophie musculaire*. Je suis convaincu que dans le traitement des états morbides de ce genre nous nous laissons beaucoup trop souvent aller au découragement. En me référant à deux observations personnelles, concernant des cas d'atrophie musculaire myopathique traités par ma méthode, je voudrais suggérer à mes confrères d'essayer d'utiliser les appareils à poulie ou contre-poids et la balnéothérapie. Je suis loin aujourd'hui de souscrire au idées pessimistes que l'on trouve consignées dans la littérature et que soutiennent des auteurs ayant observé de nombreux cas de ce genre. On se souviendra que les ouvrages importants concernant cette question datent d'une époque où l'on croyait plus qu'aujourd'hui à l'efficacité de l'électrothérapie et du traitement interne.

Je considère jusqu'à un certain point comme représentant une branche de la kinésithérapie le traitement *électrique*, car nous arrivons par l'excitation électrique des muscles et des nerfs, à provoquer des mouvements musculaires. Quand je fais exécuter, sans le secours de l'électricité, un mouvement passif à un membre donné, j'excite les nerfs sensibles des muscles et des articulations : j'éveille dans ces nerfs la sensation du mouvement. Certains faits semblent démontrer que cette sensation peut à son tour exercer une influence favorable sur les impulsions motrices.

Beaucoup de personnes n'arrivent pas à froncer la peau du front quand on les prie de

(1) En français dans le texte.

le faire, mais si on opère une traction légère de bas en haut sur la région en expérience, ces personnes arriveront à froncer activement la région frontale. Lorsqu'on fait exécuter des mouvements passifs des extrémités, on voit très souvent que les sujets en expérience imitent instinctivement et sans le vouloir le mouvement. Le mouvement passif exerce une influence excitante qui favorise l'impulsion motrice. Le même phénomène s'observe dans l'hémiplégie, après guérison des lésions cérébrales. On observera que le malade qui n'arrivait pas à remuer le membre paralysé y parvient après qu'on a fait exécuter à ce membre quelques mouvements passifs et si on l'incite à chercher à faire des mouvements actifs : à un moment donné, l'impulsion motrice arrive à se manifester. Ce phénomène est connu depuis longtemps, et les partisans de la thérapeutique par l'hypnose ont à tort attribué à l'influence de cette dernière les résultats obtenus : il n'y a pas là de découverte nouvelle ou de succès attribuable à l'influence de la suggestion. On observe le même processus d'excitation de l'impulsion motrice par l'influence des mouvements passifs dans les paralysies périphériques (paralysie faciale, par exemple). Le mouvement provoqué par le courant électrique dans l'appareil neuro-musculaire exerce une influence analogue : une série d'excitations centripètes en rapport avec la facilité d'exécuter les mouvements arrivent jusqu'au système nerveux central du patient.

A ces influences vient s'ajouter la sensation de tension musculaire, qui fait défaut quand on utilise les mouvements passifs : je crois en conséquence que les succès enregistrés par l'électrothérapie tiennent très souvent à ce que son intervention facilite à l'impulsion motrice le moyen d'aller se distribuer dans les membres. Je me suis pour cette raison habitué depuis quelques années à adopter dans les cas de paralysie et de parésie une méthode d'électrisation spéciale que j'ai vu, si je ne me trompe, employer pour la première fois à v. Leyden. Dans le même instant où j'excite électriquement le nerf ou le muscle, je recommande au malade de faire des mouvements actifs de la région électrisée. Cette méthode n'est pas consignée dans les manuels d'électrothérapie, j'en conclus donc qu'elle n'est pas d'usage courant : je ne puis cependant que la recommander chaudement, en m'appuyant sur les faits que j'ai observés. Les succès obtenus s'expliquent aisément, l'impulsion motrice trouvant moins de résistance à la pénétration intra-musculaire, si au même moment l'appareil neuro-musculaire est excité électriquement.

J'ajouterai quelques mots sur la kinésithérapie des *névralgies* et des *arthralgies*. Je veux parler surtout de la sciatique, des névralgies articulaires et des arthralgies à la suite de contusions articulaires. On sait depuis longtemps que dans la sciatique la méthode donne de bons résultats.

Schreiber surtout a fait faire un grand pas à la question, et je ne peux que chaleureusement recommander la méthode à cet égard. On commence par des mouvements passifs du côté malade : on soulève la jambe en extension aussi haut que le malade peut le supporter, on la conserve dans cette position pendant quelques secondes et on fait ensuite redescendre lentement la jambe. On fait faire ensuite des mouvements passifs de flexion et d'extension : on y ajoute ensuite des mouvements actifs, en premier lieu quand le malade est courbé et en soutenant le membre, puis dans la même position mais sans soutenir le membre, puis on passe aux exercices de marche, etc. On recommandera au patient d'atteindre la limite à laquelle les mouvements deviennent douloureux. On sait que les malades atteints de sciatique craignent énormément de remuer leur jambe malade à cause des douleurs qu'ils peuvent avoir à supporter. A cette crainte vient s'ajouter l'idée préconçue qu'un acte qui provoque de la douleur doit être nuisible et doit par conséquent être évité. Cette idée est vraie dans ses lignes générales, et il serait certes fort

imprudent de laisser le patient surmener sa jambe malade : mais des mouvements énergiques, ne dépassant pas la limite de l'apparition de sensations douloureuses, sont au contraire fort utiles. Il ne faut pas craindre l'apparition de la douleur, et l'on verra que le patient arrive à faire tous les jours, quelquefois moins rapidement, des progrès dans l'exécution des mouvements; la douleur deviendra de plus en plus faible, et en fin de compte le malade pourra déambuler sans ressentir aucune douleur. Je ne rappellerai qu'en passant que la kinésithérapie ne constitue qu'une partie du traitement de la sciatique, il faut avant tout satisfaire aux indications étiologiques : dans beaucoup de cas la méthode ne sera d'aucune utilité et ne sera pas indiquée. Quand la sciatique se complique de névrite, une période de repos précédera l'utilisation de la kinésithérapie. Comment peut-on expliquer l'action de cette dernière dans la sciatique? Je crois que les mouvements actifs et passifs exercent une influence inhibitrice sur la douleur névralgique.

Je rappellerai à ce sujet les explications de Bubnoff et de Heidenhain, qui ont trouvé que si l'on électrise le cerveau d'un chien on provoque une forte contracture musculaire, et qu'on peut faire disparaître instantanément cette dernière dans certains cas en excitant un point de la périphérie : on obtient ainsi un phénomène d'inhibition. On ne peut sur l'animal faire des recherches sur la douleur, mais on peut admettre, par analogie, que l'action inhibitrice qui s'exerce sur les contractures musculaires doit aussi s'exercer sur les phénomènes douloureux.

Des résultats tout à fait remarquables sont obtenus avec la kinésithérapie dans les cas d'*arthralgie* suite de contusion articulaire. Chacun connaît l'arthralgie qui se développe au cours d'une marche à pied dans la montagne, surtout à la descente, à la suite d'un faux pas : souvent cette arthralgie risque de compromettre tout à fait le voyage commencé. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de modifications anatomiques articulaires, mais d'une névrose par ébranlement; je ne saurais trop recommander, à moins qu'on ne se trouve en présence de phénomènes nettement inflammatoires, d'instituer de suite une médication par la kinésithérapie. Je possède une série d'observations curieuses concernant des genoux traités pendant des semaines par des badigeonnages de teinture d'iode et guéris en quelques jours par la kinésithérapie.

Je terminerai en signalant les arthralgies qui représentent des reliquats de rhumatismes articulaires. Il existe beaucoup de cas guéris depuis longtemps, où le rhumatisme a disparu mais dans lesquels la douleur persiste. On donne des doses de salicylate à l'infini, mais la maladie ne s'améliore pas, le patient ne peut quitter son lit et marcher : le médecin s'inquiète, et ne pouvant discerner si le rhumatisme est encore en jeu, recommence sans cesse à prescrire des traitements antirhumatismaux, jusqu'au moment où la kinésithérapie vient modifier la scène. On soumet le malade à des exercices, on arrive à le faire marcher, et l'on démontre ainsi que l'on se trouvait en présence de douleurs neurasthéniques, de névroses articulaires.

Je n'aurai garde, en terminant, d'oublier de faire remarquer que je n'ai pas eu l'intention d'apporter des faits nouveaux : j'ai voulu surtout attirer l'attention des praticiens sur les pratiques de kinésithérapie, trop négligées jusqu'ici. *Cette méthode représente pour le médecin un vaste champ d'activité; elle ne nécessite aucune connaissance spéciale, tous nos confrères peuvent s'y adonner en suivant les indications ci-dessus énumérées; il est à désirer que le monde médical ne laisse pas par négligence envahir ce domaine thérapeutique par le charlatanisme.*

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 février 1898.

Présidence de M. le Pr POUCHET

M. Jacquet donne lecture d'un travail concernant *le traitement du psoriasis et de l'eczéma par la méthode des scarifications*. L'auteur n'a pas fait de recherches bibliographiques étendues au sujet de cette méthode : il pense même que Brocq, entre autres, a depuis longtemps scarifié certains cas isolés de ces dermatoses : mais une systématisation de l'emploi du scarificateur dans ces affections ne semble pas avoir été proposée jusqu'ici. Il va sans dire que pour appliquer ce procédé thérapeutique, il faut s'adresser aux cas où existent des lésions limitées et présentant un siège gênant pour les malades (la face dans les deux sexes, le buste pour les femmes). Pour le *psoriasis* (4 cas traités), on commence par un décapage soigneux du placard à scarifier, puis on procède à l'intervention : la guérison totale a été obtenue en six à douze séances, sans qu'il ne reste aucune maculature cutanée. Les quatre cas traités avaient auparavant été soignés par des dermatologues très distingues, sans que jamais un pareil résultat n'eût été obtenu.

Pour l'*eczéma*, la méthode n'a été appliquée qu'à des cas où existaient des lésions très tenaces et limitées, soumises à des traitements antérieurs. On se trouve donc en présence d'une méthode d'exception, d'autant moins indiquée dans le traitement de l'eczéma en général que les séances sont parfois difficilement supportées (11 cas traités). Parmi ces 11 cas, on trouve à considérer 3 cas d'eczéma lichénoïde de la région dorsale des mains et des pieds, 1 cas d'eczéma pré-auriculaire, 4 cas d'eczéma chez des enfants.

Il faut exiger que les surfaces à scarifier soient, avant et après l'opération, recouvertes de cataplasmes refroidis de fécule de pomme de terre ou de farine de graine de lin : il ne faut surtout employer aucune substance antiseptique. Le malade ne se présentera que couvert du cataplasme au moment de l'opération : c'est au moment d'intervenir que l'opérateur enlèvera le cataplasme. Pour scarifier, on pratiquera des lignes parallèles, sans quadrillage ni entre-croisement. On laissera saigner les petites plaies, car dans les cas de ce genre, on se trouve en présence d'un état congestif du réseau papillaire dermique. On termine en pratiquant un lavage à l'eau bouillie, et on recouvre à nouveau la région de cataplasmes pendant trois à quatre jours, jusqu'à la séance suivante. Les deux jours qui suivent la séance, la plaie présente un peu de rougeur et de légère cuisson : ces phénomènes sont bientôt suivis d'une détente notable. La méthode est-elle douloureuse ? Non, car elle est applicable même aux enfants : ces derniers se calment au cours de la séance, et il semble que les scarifications fassent disparaître le prurit qui faisait pleurer les petits malades.

En général, en six à douze séances on obtient la guérison parfaite : ce résultat semble durable, puisqu'un malade, atteint d'eczéma pré-auriculaire, est guéri depuis plusieurs années. Les cas chroniques résistent, cela va sans dire, beaucoup plus longtemps que les cas aigus. L'auteur,

maintenant qu'il lui semble prouvé que la méthode donne d'utiles résultats, veut la combiner à l'application d'enveloppements caoutchoutés : on obtiendra sûrement ainsi une détente dans les phénomènes inflammatoires de nature eczémateuse, ayant la peau pour siège.

M. Dubourcau reprend la question toujours à l'ordre du jour du *traitement du lymphatisme*. Il considère que les eaux sulfureuses et chlorurées sodiques suffisent à traiter le lymphatisme et la scrofule : mais ces méthodes ne sont guère praticables que dans la clientèle aisée : pour les malades peu fortunés, il faudra créer des stations au bord de la mer, en imitant ce qui se fait en Allemagne : nul doute que les côtes de France ne se prêtent beaucoup mieux que celles des pays du Nord à l'installation de sanatoria de ce genre.

M. Camescasse traite la question de la ***pathogénie et de la prophylaxie du lymphatisme***. Le rôle joué par le staphylocoque dans cette affection est beaucoup plus grand qu'on ne le croit. Les infections microbiennes banales sont constantes dans l'histoire du lymphatisme et présentent une importance pathogénique indéniable : la maladie semble n'être qu'une conséquence d'infections staphylococciques de la peau et des muqueuses des premières voies. Le caractère spécial du lymphatisme réside dans la *dilatation du réseau lymphatique du derme et de l'hypoderme* : cet état est *normal dans la première enfance : il persiste chez le lymphatique plus longtemps que chez l'individu normal*. L'infection pyogène amène un trouble de fonctionnement du réseau lymphatique qui retarde l'évolution de ce réseau. L'adolescent et l'homme lymphatiques continueront à réagir comme l'enfant; on observera un suintement local abondant, une production moins marquée de toxines venant envahir l'organisme, et l'exubérance du réseau lymphatique persistera, par suite de l'entrée en jeu de l'influence infectieuse qui empêche l'évolution normale. Les scrofuleux, qui suppurent si facilement, ne présentent pourtant qu'exceptionnellement des réactions graves : leurs ganglions s'hypertrophient et localisent la lutte; l'infection générale ne se produit pas. La bacille de Koch vient-il à envahir un tel milieu? La lutte se localisera aussi dans les ganglions et l'on n'observera que rarement une généralisation.

La proposition de Gallois, que le lymphatique est un adénoïdien, devrait être légèrement modifiée. Le lymphatique et le scrofuleux sont des malades présentant des *lésions suppurées du naso-pharynx*.

En résumé, tout le monde naît lymphatique, mais on ne le reste pas : la règle, générale à 5 ans, que l'infection dermique ou muqueuse engendre une hypertrophie ganglionnaire, devient une exception à partir de 15 ans.

Au point de vue étiologique la *saleté joue un rôle prépondérant*: c'est ce qui explique pourquoi l'affection est répandue dans toutes les classes de la Société. Le rôle du médecin est donc tout indiqué : supprimer dans les familles les foyers de suppuration, empêcher la contagion d'un enfant à l'autre, etc.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

De l'iodothyrine (thyroïodine) et de son action thérapeutique dans les goitres, par le Dr N. CRITCHMAROFF. (*Thèse de Lyon*, 1897; in *Tribune méd.*, 23 février 1898.) — L'auteur rappelle d'abord que MM. Baumann et Roos ont démontré par des expériences et par des observations que l'iodothyrine (thyroïodine) est la substance active de la glande thyroïde, et que son action thérapeutique sur les goitres charnus est plus rapide que celle de l'iode et des extraits thyroïdiens.

Pour expliquer ce phénomène, disent-ils, il faut se rappeler que la séparation de l'iodothyrine des albuminoïdes des thyroïdes se produit incomplètement et lentement, et que grâce au processus de la fermentation (putréfaction) dans les intestins, une partie de l'albumine de l'iodothyrine se transforme en produits inactifs.

L'iode métallique, disent-ils encore, facilite seulement la production de la matière active, qui s'élabore dans le corps thyroïde normal, tandis que la thyroïodotherapie introduit cette substance elle-même toute formée et prête a manifester ses effets bienfaisants.

Les observations de traitement des goitres par l'iodothyrine sont rares.

Les quatre observations recueillies par l'auteur à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet et les quelques faits publiés à l'étranger lui permettent d'affirmer que : 1° l'iodothyrine a une action curative, souvent rapide, dans les goitres charnus de volume modéré, d'origine relativement récente et chez des sujets jeunes; 2° dans les goitres charnus qui remontent par exemple à plusieurs années, l'action de l'iodothyrine peut être inefficace et nulle.

Il en est de même dans les formes uni et polykystiques. En pareil cas, le seul traitement, d'après M. le professeur Poncet, est le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'énucléation des kystes. Tout traitement médical par l'iodothyrine, par les préparations iodurées, est contre-indiqué.

Dans le myxœdème, le crétinisme endémique, le traitement thyroïdien a donné les meilleurs résultats.

Les basedowiens n'ont ressenti aucune amélioration.

Dans les autres maladies traitées par la médication thyroïdienne, les résultats sont trop peu connus pour qu'on puisse se prononcer favorablement.

L'ingestion de l'iodothyrine augmente la proportion d'urée éliminée quotidiennement par l'organisme. Si l'on vient à établir le bilan de l'azote excrété, on constate que l'azote urinaire est en quantité supérieure à l'azote alimentaire.

Cet excès d'azote qu'on trouve dans les excréta ne peut être dû qu'à une destruction des substances azotées du corps : l'iodothyrine accélère donc le processus de désassimilation.

Les symptômes qu'on peut voir s'installer au cours du traitement par l'iodothyrine ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on retrouve dans l'hyperthyroïdisation.

Céphalée, vertige, anorexie, palpitations, insomnie et tremblement, ont été notés; ils disparaissent quand on suspend l'emploi de l'agent thérapeutique.

On ne peut dire à l'heure actuelle quel est exactement le mode d'action de l'iodothyrine.

En résumé, l'iodothyrine paraît devoir être un agent thérapeutique de premier ordre, dans les goitres charnus récents chez des sujets jeunes.

Cette substance peut alors rendre les plus grands services, et amener la résolution des hypertrophies thyroïdiennes, qui auraient résisté à une médication iodurée méthodique.

R. BLONDEL.

Le traitement du goitre exophtalmique par la section du sympathique cervical, par JABOULAY. (*Presse médicale*, n° 14, p. 81.) — M. Jaboulay a traité jusqu'ici par la section du sympathique cervical onze cas de maladie de Basedow. Le dernier cas est inédit; il s'agissait d'une femme âgée de 37 ans, cachectique, aux mem-

bres inférieurs œdématisés; la tachycardie était à 160, le cou mesurait 35, l'exophtalmie était considérable. Après la sympathicotomie qui consista dans l'ablation du ganglion cervical supérieur, le pouls tomba à 100 puis à 90, l'exophtalmie disparut et le cou diminua de 2 centimètres. Le lendemain de l'opération, la température était le matin de 40°, le soir de 38°,5, et baissait encore le lendemain. Les fils de la plaie étaient enlevés le troisième jour après l'opération, et la malade paraissait à ce moment guérie, lorsqu'elle se mit à tousser et à expectorer; elle se cachectisa encore et mourut le dixième jour.

On ne trouva d'autres lésions pour expliquer la mort qu'une congestion de la base du poumon droit.

Cette congestion a paru accidentelle et sans relation avec la section du sympathique. S'il se fût agi d'un trouble vaso-moteur, il eût été observé dans les deux poumons à la fois. Quant à l'hyperthermie elle serait due à ce fait que l'infirmière qui préparait la malade, ayant cru à une opération sur le goitre, avait vigoureusement brossé la saillie thyroïdienne et produit ainsi, par résorption de substance du corps thyroïde, la fièvre thyroïdienne.

D'après l'examen de ces onze cas M. Jaboulay reste toujours convaincu que la paralysie artificielle du sympathique cervical, est le traitement de choix du goitre exophtalmique, surtout dans les formes sans goitre. Mais il croit aussi que si le goitre, lorsqu'il existe, avait de la tendance à se reproduire après cette opération, il faudrait alors ne pas craindre de l'enlever, parce que la sympathicotomie aurait préparé le terrain à la thyroïdectomie, qui serait moins grave et plus facile.

G. Lyon.

Etiologie et traitement de la polyarthrite rhumatismale. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, nos 5 et 6, 1898.) — Kœlbl rappelle combien il est difficile souvent de vaincre par la médication salicylée classique les récidives de la polyarthrite, alors qu'une première attaque cédait facilement à l'intervention thérapeutique : le même fait s'observe quand on compare la polyarthrite s'attaquant successivement à diverses articulations et la forme à localisations fixes.

Les cas les plus favorables en apparence peuvent résister à cette médication (un sixième environ) : il ne faudrait pas pour cela négliger de recourir au salicylate de soude en premier lieu, quitte à essayer, en cas d'insuccès, de ses succédanés. Parmi ces derniers, la salipyrine et le salophène paraissent donner les meilleurs résultats.

La salipyrine sera donnée aux doses de 1 gramme toutes les heures ou toutes les deux heures, en cachets : s'il s'agit d'enfants, on prescrira : salipyrine, 6 grammes; glycérine, 14 grammes; eau distillée, 40 grammes; sirop de framboises, 30 grammes, à doser suivant l'âge du petit malade.

Il faut six à dix heures pour que des modifications dans l'état du malade se produisent. L'effet de la salipyrine se manifeste plus spécialement sur le sommeil, qui est rapidement amélioré : on n'observe pas, avec ce produit, les troubles classiques que le salicylate de soude provoque. L'action n'est pas aussi rapide que celle du salicylate et du salophène.

Le salophène présente comme caractéristique de n'être pas décomposé en milieu acide, et d'arriver par conséquent non modifié dans l'intestin : les doses faibles sont plus complètement utilisées par l'organisme que les doses fortes. Le produit n'a ni goût ni odeur : on peut aller jusqu'à 8 grammes par jour. Ce produit se distingue dans les cas légers ou de moyenne intensité par une action thérapeutique prolongée. Il est tout spécialement utile en pédiatrie. On observe souvent, après son emploi, des transpirations profuses : après évaporation de cette transpiration, on constate que la peau est couverte d'une quantité de petits cristaux longs d'un demi-millimètre, qui s'accumulent surtout dans les replis de la peau et la paume des mains. L'examen chimico-physique démontre qu'il s'agit de cristaux de salophène.

Comme médication externe, l'auteur donne ses préférences à l'ichtyol en solution : par exemple : ichtyol, 50 grammes; glycérine, 20 grammes; eau, 30 grammes. On chauffe un peu la solution, puis on en imprègne des bandes de calicot molles et on fait un bandage autour de l'articulation malade, préalablement bien lavée à l'eau chaude. Par-dessous les bandes on appliquera une feuille de taffetas gommé, et par-dessus le taffetas, on enroulera des compresses sèches, chauffées à 40°-60°, que l'on changera au début toutes les dix minutes, plus tard toutes les demi-heures. Au bout de deux à quatre heures, on enlève les bandes, que l'on remplace par des bandes ichtyolées fraîches mais sans recourir aux compresses. Ce second pansement restera en place quatre à six heures. Au bout de ce temps, on enlève les bandes qu'on remplace par un simple bandage léger.

Cette méthode s'applique aussi avec succès aux cas chroniques : les expériences de l'auteur lui ont démontré que l'ichtyol joue un rôle spécifique dans ce procédé, qui peut remplacer avantageusement tous les autres.

E. Vogt.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

L'hémirésection du thorax, par le Dr Faure. (*Gazette des hôpitaux*, 22 février 1898.) — M. Faure a répété récemment l'opération de Schede, qui consiste à désosser complètement tout un côté du thorax de la deuxième à la dixième côte et du sternum à la colonne vertébrale, pour permettre à certains empyèmes fistuleux, rebelles à l'Estlander, de guérir. Cette intervention a donné, paraît-il, quelques succès à l'étranger. Elle s'exécute de la manière suivante : une incision en U part en arrière de la deuxième côte à la dixième, se recourbe et remonte en avant parallèlement à la ligne des articulations chondro-costales jusqu'à la troisième ou seconde côte. Le bras est tenu en abduction forcée. Les côtes sont incisées en arrière à une faible distance des articulations costo-transversaires : la rugine détache les parties molles : de longues pinces font l'hémostase. L'omoplate est comprise dans l'épaisseur du lambeau. On sectionne du même coup côtes, muscles intercostaux, vaisseaux et nerfs, plèvre costale, en bloc ou par morcellement, y compris la deuxième côte. La plèvre épaissie est ensuite curetée, le poumon mobilisé et des incisions pleurales lui permettent d'agrandir instantanément son volume. Puis le vaste lambeau musculo-ostéo-cutané est rabattu et on fait suture et drainage. L'opéré de M. Faure a succombé le douzième jour, malgré les injections quotidiennes de sérum. L'autopsie a montré que le poumon droit, chargé de la suppléance, était creusé de cavernes et infiltré de tubercules. Aug. Benoit.

Conduite à tenir dans les traumatismes de la main et des doigts, par le Dr E. Forgue. (*Montpellier médic.*, n° 2.) — Nous donnons ici le résumé d'un article fort utile au point de vue de la chirurgie courante et fait d'après les résultats de la pratique de M. Dujardin-Beaumetz, qui a recueilli de nombreuses observations de mutilations dans les compagnies de discipline. Selon cet auteur, l'étude des résultats éloignés de la conservation à outrance conduit sinon à l'abandon de cette méthode, du moins à une façon différente d'envisager son opportunité. Il n'est pas exact qu'il soit utile, même à la main, de conserver le plus possible des doigts atteints de lésions graves. Occupons-nous d'abord des *interventions primaires*.

Le chirurgien doit songer avant toute chose aux *suites fonctionnelles probables*. Ainsi que le dit fort justement M. Farabeuf : « la fonction prime la forme ». Or, lorsqu'il s'agit de décider s'il faut *amputer* ou *conserver*, on fera tout d'abord une distinction entre les doigts, que l'on doit ranger en deux groupes : les doigts chefs de file et les doigts intermédiaires. Les premiers, pouce et petit doigt, doivent être conservés de parti pris, leur usage étant essentiel, surtout en ce qui concerne le pouce. Les autres doigts ne doivent être conservés que si l'on n'a pas pour l'avenir la crainte de les voir s'ankyloser ou s'unir entre eux, véritables doigts surnuméraires inutiles ou gênants. Il faut donc, en ce qui les concerne, adopter d'emblée l'amputation totale avec la tête du métacarpien contigu, opération à laquelle le malade répugnerait plus tard si elle devenait nécessaire, ce qui est fréquent par suite de la véritable incapacité de travail qui résulte de la difformité. Dans les *traumatismes étendus de la main*, l'appréciation des résultats éloignés devient plus difficile et le meilleur parti à prendre est d'embaumer le membre dans un pansement antiseptique, en laissant à la nature le soin de réparer : après quoi, on accomplit les rectifications nécessaires. Les greffes à la Thiersch, les autoplasties diverses sont ici de mise ; on pourra avoir également à faire la section de brides cicatricielles, le « désossement de la main ». Dans les *traumatismes limités aux doigts*, on doit continuer à conserver dans tous les cas où il y a simplement contusion, rupture, écrasement, coupures des téguments dorsaux ou palmaires. Les greffes peuvent être encore ici d'un grand secours. Les fractures ou arrachements partiels dans la continuité des os où leur contiguïté permet encore un essai de conservation, s'il y a un lambeau cutané suffisant.

Lorsqu'il faut renoncer à conserver les deux dernières phalanges, on fera la désarticulation interphalangienne, chez les malades qui font des travaux de force ; la première phalange de l'index est toujours fort utile aux malades de cette catégorie. Chez ceux qui se livrent à des travaux plus minutieux, la conservation de cette portion du doigt n'a aucun avantage, sans compter que la difformité saute aux yeux. Il est préférable alors de faire l'amputation totale du doigt, avec la tête métacarpienne, ou opération de Dujardin-Beaumetz. Le résultat est parfait, car le médius succède à l'index et finit par prendre son rôle ; la disparition de la tête du métarcarpien dégage la nouvelle commissure et la fonction est ainsi plus aisée.

Interventions tardives. — Celles-ci doivent être faites lorsque les raideurs et les ankyloses ont résisté à tous les moyens employés pour les vaincre : massage, douches sulfureuses, eaux ther

males, etc. Elles consistent alors dans l'incision et l'excision des brides cicatricielles, aidées parfois de greffes complémentaires, empruntées soit à la main, soit à la poitrine ou à la fesse. Un mot maintenant de l'*opération de Dujardin-Beaumetz*. L'auteur prétend justement obtenir des résultats fonctionnels plus avantageux que ceux de la désarticulation. La saillie métacarpienne étant toujours gênante, il a songé à la supprimer, de sorte que les doigts se rapprochent sans peine. La nécessité de compter les doigts est parfois l'indice du bon résultat obtenu au point de vue de la forme. Quant à la fonction, ce chirurgien a pu rendre à leur service et à leur métier plus de cent cinquante mutilés.

Autoplastie par désossement. — M. Guermonprez a d'autre part perfectionné une opération conseillée anciennement par Verneuil et exécutée par Nélaton, Courty, Roser. Elle consiste à sacrifier un ou deux doigts, dont on enlève le squelette, y compris la tête métacarpienne, par une incision en raquette, pour recouvrir de vastes pertes de substance de la main, causées par les arrachements, brûlures, écrasements, etc., etc.

L'incision est dorsale pour les pertes de substance du dos de la main et inversement. Les ongles sont totalement excisés avec leur matrice. Inutile de dire que les doigts ne peuvent être sacrifiés que s'ils sont immobiles ou atteints d'inflexion cicatricielle irréductible.

AUG. BENOIT.

Traitement mécanique de l'haemarthrose du genou. — SALAGHI, dans les *Arch. di Ortop.*, vol. XIV, n° 4, attire l'attention sur la valeur du massage et des mouvements passifs dans le traitement de l'hémorragie traumatique de l'articulation du genou. Les cas de fracture intra-articulaire ou de rupture de ligaments sont exclus ; mais dans l'haemarthrose pure, par contusion ou distorsion soudaine (par exemple : dans les accidents de bicyclette, avec hyperabduction du genou) le massage donne d'excellents résultats en provoquant une résorption rapide du sang et en diminuant les chances d'inflammation de l'articulation par l'altération du sang extravasé. L'auteur a expérimenté sur un lapin, en produisant de l'haemarthrose aux deux genoux, puis en massant l'un et laissant l'autre. La lésion de chaque jointure, à en juger par l'enflure, était la même. Au bout de quelque temps, les genoux furent examinés. Dans la jointure massée, le sang était résorbé, et aucun changement important n'y fut découvert. Dans l'autre jointure, on voyait trois haemarthromes se former : avec le temps, ils seraient probablement devenus des corps flottants dans l'articulation. R. BLONDEL.

Du goitre de la base de la langue, par A. VON CHAMISSO. (*Beitr. z. klin. Chir.*, ch. XIX, 2.) — Affection peu commune, dont l'auteur vient de réunir quelques exemples, auxquels il joint un cas récent qu'il vient d'observer à la clinique de Kraske, à Fribourg. Origine : soit migration du tissu thyroïdien du processus pyramidalis vers la région du trou borgne, qui est le siège constant de cette anomalie, soit plutôt arrêt de développement, car le corps thyroïde fait alors défaut à sa place normale : sexe *féminin*, comme pour le goitre ordinaire.

Tous les âges. Signes : recouvert de muqueuse saine ; aucune saillie à l'extérieur. Troubles fonctionnels, gêne de la déglutition, etc. ; hémorragies quelquefois abondantes. Diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes de la langue, en premier lieu, les gommes syphilitiques, les kystes divers. La ponction exploratrice, dans les cas douteux, donne issue à un liquide jaunâtre ; mais, comme elle provoque des hémorragies, l'auteur recommande de se tenir prêt à opérer l'extirpation immédiate. Celle-ci doit se faire plutôt au bistouri qu'avec l'anse galvanocaustique et par la voie buccale. La résection temporaire du maxillaire inférieur et le choix de la voie sus-thyroïdienne ne peuvent être qu'exceptionnels.

La trachéotomie préliminaire est souvent indispensable. Si l'ablation est complète, il n'y a pas de récidive et la cure radicale s'obtient

AUG. BENOIT.

Occlusion intestinale traitée par la laparotomie. (*Gaz. hebdom.*, n° 16, 1898.) — M. PILLON (de Nancy), rapporte l'observation d'une femme qui, trois semaines après un accouchement normal, fut prise brusquement d'une douleur abdominale violente, bientôt suivie des symptômes habituels de l'obstruction intestinale : ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes, etc. Transportée à l'hôpital civil de Nancy six jours après le début des accidents, la patiente fut d'abord opérée de cure radicale d'une hernie crurale gauche dont elle était atteinte et qu'on soupçonna pouvoir être le point de départ des accidents.

L'opération même ayant fait voir que cette hernie n'était ni étranglée ni engouée, M. Pillon procéda sans désemparer à une laparotomie. Celle-ci présenta les plus grandes difficultés à cause de l'issue et de la projection des intestins distendus hors de l'abdomen et de l'état alarmant de la patiente qui obligea à suspendre le choroforme. Après de longues et pénibles tentatives de réduction du paquet intestinal, l'opérateur, en désespoir de cause et n'ayant d'ailleurs pu faire qu'une exploration négative, pratiqua

deux boutonnières intestinales, l'une sur le côlon descendant qui resta sèche, l'autre sur l'intestin grêle, à 2m,50 du pylore, ainsi que le fit voir ultérieurement l'autopsie. Il put par cette dernière vider partiellement l'intestin par expression digitale et opérer ensuite la réduction. La boutonnière du côlon fut suturée et le ventre refermé suivant les règles, en attirant entre les lèvres d'une partie de l'incision des parois laissée libre, la portion de l'anse grêle où avait été pratiquée la seconde boutonnière. Celle-ci fut conservée ouverte, à titre d'anus contre nature, mais la nécessité d'une terminaison rapide de l'opération ne permit pas de suturer les lèvres de l'intestin grêle aux parois abdominales. M. Pillon dut se contenter de maintenir l'anse grêle au contact de la paroi en traversant le mésentère correspondant avec une sonde de Nélaton faisant office de verrou.

La conséquence fut la formation d'un éperon considérable qui entraîna la mort de l'opérée en arrêtant ultérieurement le fonctionnement de l'anus artificiel malgré l'agrandissement de l'incision pratiqué le troisième jour.

Après une amélioration passagère liée à une débâcle instestinale par l'anus artificiel pendant les trois premiers jours, l'état alarmant reparut en effet et l'opérée mourut dans le collapsus une semaine après la laparotomie. L'autopsie montra que l'obstruction primitive était due à un amas de scybales dans le cœcum et que le fonctionnement de l'anus artificiel était devenu insuffisant. Il n'existait pas de péritonite et la cicatrisation de la boutonnière colique était parfaite.

Discutant l'observation et les questions d'intervention qu'elle soulève, l'auteur conclut que dans les cas d'obtruction aiguë sans diagnostic anatomique précis, la laparotomie ne doit être tentée que si l'intervention est très précoce et le ballonnement peu marqué. Elle peut être alors curatrice ou, à défaut, permettre l'établissement d'un anus contre nature dans des conditions assez favorables. Pratiquée tardivement, elle risque d'être désastreuse, le chirurgien étant dans les plus mauvaises conditions pour opérer, pour explorer et, en cas d'insuccès dans l'exploration, pour établir comme pis-aller un anus artificiel avant de refermer le ventre. Aussi, M. Pillon est-il d'avis que dans les cas d'obstruction aiguë sans diagnostic anatomique précis, le chirurgien appelé à intervenir tardivement aura tout intérêt à suivre la pratique de M. Heydenreich et à recourir d'emblée à l'opération de l'anus contre nature qui pare aux accidents immédiats et n'empêche pas de faire ultérieurement, dans des circonstances favorables, une laparotomie curatrice.

M. Heydenreich se rallie aux conclusions de M. Pillon et considère la laparotomie de parti pris comme mauvaise dans les cas d'occlusion instestinale. On risque en effet de ne pas trouver l'obstacle et on est alors obligé de pratiquer en cours d'opération un anus artificiel dans les plus mauvaises conditions tant au point de vue des difficultés opératoires proprement dites qu'à celui des risques d'infection péritonéale, surtout si l'occlusion est un peu ancienne. Tout au plus doit-on songer à la laparotomie si l'occlusion est récente, l'état général bon et enfin si les circonstances, variables suivant les cas, sont favorables à ce mode d'intervention. Le plus souvent, même en présence d'occlusions aiguës, et toujours, s'il s'agit d'obstructions chroniques, on aura avantage à recourir d'abord à l'anus contre nature, quitte à pratiquer ultérieurement une laparotomie pour lever l'obstacle.

R. Blondel.

Traitement des hémorragies par les applications locales de sérum gélatiné. (*Soc. med. des hôp.*, 11 février 1898.) — M. A. Siredey appelle l'attention de la Société sur les excellents résultats que l'on obtient dans le traitement des hémorragies. par des applications locales de sérum gélatiné, suivant la méthode de M. Paul Carnot.

Depuis quatre mois, M. Siredey a traité par cette méthode neuf cas de métrorragies graves, tant en ville qu'à l'hôpital, et avec un succès constant.

Il s'agissait de métrorragies, dues les unes à des corps fibreux, d'autres à des fausses couches ou à la rétention de débris placentaires ou déciduaux. Plusieurs de ces cas avaient résisté aux moyens ordinaires : injections chaudes prolongées, tamponnement, etc.

Le traitement employé a consisté dans l'un des deux procédés suivants :

Après injection d'eau bouillie tiède destinée à nettoyer le vagin des caillots qu'il contenait, on badigeonne la cavité de l'utérus avec un tampon d'ouate imbibé de gélatine; on introduit dans la cavité utérine une lanière de gaze stérilisée imbibée de sérum gélatiné.

Sans avoir recours au tamponnement serré, on obtient presque toujours ainsi l'arrêt de l'écoulement de sang.

Dans un cas, en ville, n'ayant pas de sérum gélatiné à sa disposition, au moment de sa visite, M. Siredey a prescrit à la malade une injection d'un litre de sérum gélatiné, en ayant soin de placer le siège sur un coussin élevé, de manière à assurer la stagnation

les culs-de-sac vaginaux, au contact du col utérin.

Dans le traitement des épistaxis, l'emploi de tampons gélatinés ou d'injections gélatinées donne également d'excellents résultats.

La préparation du sérum est très simple; en voici la formule :

Chlorure de sodium.....	7 grammes.
Eau.....	1 litre.
Gélatine.....	50 grammes.

La stérilisation se fait à l'autoclave, mais il faut avoir soin de ne pas dépasser 105°; sans cela, la gélatine subirait des modifications dans son mode de coagulation.

On peut y ajouter (sans que cela soit indispensable), du sublimé à 1/1000 ou de l'acide phénique à 1/100 et faire préparer des flacons de différent volume qui se conservent assez longtemps.

En somme, cette méthode a été efficace dans tous les cas où M. Siredey l'a employée jusqu'ici. Elle a sur tous les autres procédés d'hémostase l'avantage d'être d'une parfaite innocuité.

R. Blondel.

Tympan artificiel résonnateur, par le Dr Garnault. (*Académie de médecine*, 8 février.) — Cet instrument se compose d'une plaquette d'or à bords rugueux, qu'on enveloppe d'une couche d'ouate soigneusement feutrée, imprégnée de glycérine phéniquée, et d'une longue spirale de même métal, soudée à la plaque. On introduit l'instrument dans le conduit avec les doigts ou une pince; la plaquette est appliquée sur le tympan, l'extrémité libre de la tige, coupée à la longueur convenable, s'arc-boute en tension sur le repli cutané qui sépare le conduit de la conque.

Ce petit appareil invisible, facile à appliquer, ne donnant aucune gêne, renforce considérablement le son de la voix et les bruits musicaux. Il peut être utilisé surtout par les personnes qui présentent une perforation du tympan, et par celles qui ont subi l'opération de l'extraction du tympan ainsi que des gros osselets et la mobilisation de l'étrier. Dans ce cas, le tympan artificiel vient s'appliquer directement sur l'étrier.

R. Blondel.

Maladies du tube digestif.

Dr Soupault

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la stomatite ulcéreuse. (*Wratsch*, n° 45, 1897.) — A la Société des médecins des enfants de Kieff, Kyssèle a communiqué son procédé de traitement de la stomatite ulcéreuse. On enlève du côté malade les dents complètement gâtées; les ulcérations situées sur les joues, les gencives et la langue sont curettées à l'aide d'une curette tranchante et saupoudrées d'iodoforme (on se sert d'un doigt entouré d'une couche d'ouate). Ensuite, tous les jours, au moins deux fois, toute la cavité buccale est soigneusement frictionnée avec des boulettes trempées dans une solution d'acide borique. En outre, le malade doit se gargariser toutes les heures avec une solution d'acide borique. Le curettage avec une curette tranchante n'est fait qu'une fois; on peut même se passer du curettage dans les cas légers ou de gravité moyenne. Quant aux frictions iodoformiques, on est obligé de les répéter deux ou trois fois jusqu'à ce que les ulcérations se détergent et commencent visiblement à se recouvrir de granulations.

Le procédé que nous venons de décrire a été employé par l'auteur chez neuf malades. Chez deux de ces malades, la maladie était tellement rebelle qu'un traitement préalable très énergique n'a pu en venir à bout après cinq à huit semaines. Au contraire, le procédé de l'auteur a amené la guérison en l'espace de quelques jours.

D'une façon générale la guérison se produisait au bout de trois à quatre jours, de sorte que les petits malades ne restaient à l'hôpital que six jours au maximum, tandis qu'avec d'autres procédés de traitement employés antérieurement, on était obligé de les garder pendant douze jours.

Le procédé de Kyssèle présente l'inconvénient d'être assez douloureux; mais il n'est guère douteux que les souffrances ne diminuent, somme toute. En outre, on peut, avec de certaines précautions, faire les frictions iodoformiques d'une façon tellement douce qu'elles ne provoquent qu'une douleur presque insignifiante. Quant aux cas graves où le processus pathologique détermine rapidement des destructions très larges des parties molles, il faut, dès le début, recourir au procédé sus-indiqué appliqué dans toute sa rigueur. C'est précisément dans les cas graves que l'amélioration pro-

curée par ce procédé est particulièrement frappante : elle se manifeste en effet déjà vingt-quatre heures après le début du traitement.

B. TAFT.

Traitement de la pulpe dentaire dénudée par la pâte arsenicale. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1897.) — Le travail de KRAUSÉ est basé sur les observations recueillies à l'Institut clinique d'Hélène à Saint-Pétersbourg. Sur 228 dents traitées par la pâte arsenicale on n'a été obligé d'en extraire que 2; 6 n'ont pas été guéries, parce que les malades n'avaient pas voulu continuer le traitement. La pâte arsenicale est composée de la façon suivante :

Acide arsénieux, Essence de girofle ..... ââ 1 gramme.
Acide phénique, — tannique ..... ââ 2 —

A l'encontre de la plupart des auteurs, Krausé estime que, pour obtenir un bon résultat, il faut appliquer la pâte en question au moins deux fois; elle restera en place chaque fois une quinzaine de jours. La pâte n'est introduite dans la cavité dentaire qu'après un nettoyage antiseptique qui est fait à l'aide d'une boulette trempée dans de l'acide phénique concentré. Il faut prévenir le malade que pendant les premières vingt-quatre heures il peut survenir une douleur assez intense qui durera quelques heures. Si, contre toute attente, la douleur dure plus longtemps que d'habitude, le malade doit revenir chez le médecin le lendemain même; dans le cas où il ne pourra venir il enlèvera lui-même le tampon avec la pâte et se gargarisera à l'eau froide.

Dans les cas les plus favorables et les plus fréquents, les malades ne reviennent qu'au bout de trois à quatre jours. Après un nettoyage on introduit de la pâte fraîche et l'on recommande au malade de revenir dans une semaine. Au bout de ce temps, la pulpe est déjà décomposée; on peut alors l'enlever sans aucune douleur. On n'est obligé d'introduire la pâte arsenicale pour la troisième fois que dans les cas où la pulpe dentaire continue à rester sensible.

L'auteur termine son travail par un certain nombre de conclusions dont voici les principales :

1° L'arsenic sous forme de pâte arsenicale peut rester dans la cavité dentaire pendant un temps assez long sans provoquer le moindre accident;

2° L'action de l'arsenic sur la pulpe dentaire pendant les premiers temps consiste en la mortification de la portion qui se trouve en contact immédiat avec elle (action superficielle de l'arsenic);

3° Le traitement préconisé a pour résultat la destruction complète de la pulpe dentaire;

4° L'extraction de la pulpe mortifiée par l'action de l'arsenic remplace pleinement l'extraction à l'aide d'instruments qu'on pratique quelquefois. La première a cet avantage qu'elle ne présente aucune difficulté.

B. TAFT.

Contribution à l'étude des myômes de l'estomac. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 27 janvier 1898.) — HERHOLD communique une observation intéressante par sa rareté : il s'agit d'une femme de 37 ans, atteinte de gastrectasie et vomissant après chaque repas. Comme la malade avait eu autrefois une péritonite, et qu'on ne sentait rien d'anormal dans la région pylorique, on supposa qu'il s'agissait d'une sténose du pylore par bride péritonéale. On pratiqua la laparotomie et on trouva dans l'épaisseur de la paroi du pylore une tumeur grosse comme une noisette qui rétrécissait la lumière du tube digestif, sans l'oblitérer entièrement. Suites de l'opération bénignes.

L'examen microscopique montre qu'il s'agissait d'un myôme. L'auteur attire l'attention sur deux points : 1° la dilatation stomacale n'était pas bien considérable : les vomissements se manifestaient sans doute sous l'influence d'une action réflexe (spasme pylorique au moment où les aliments devaient passer le point rétréci); 2° les myômes de l'estomac peuvent atteindre un volume beaucoup plus important, sans provoquer de troubles de fonctionnement : dans le cas présent, c'est la situation de la tumeur, bien plus que son volume, qui a joué un rôle pathogénique.

E. VOGT.

Traitement chirurgical des rétrécissements du pylore, par TUFFIER. (*Presse médicale*, n° 13, p. 73, 1898.) — Les sténoses du pylore se divisent en sténoses cancéreuses et non cancéreuses.

Le cancer annulaire, localisé au pylore, peut rétrécir l'orifice, et, par sa seule disposition, provoquer une rétention alimentaire qui peut provoquer, par elle seule, la mort du malade.

La linitis plastique, caractérisée par un épaississement avec induration ligneuse de l'orifice et due à une hypertrophie fibreuse sous-muqueuse aboutissant très tardivement à l'épithélioma, donne lieu à un rétrécissement très serré, cylindrique et régulier, justiciable de l'intervention.

Le groupe des rétrécissements non cancéreux est plus important que le précédent; les com-

pressions pyloriques et sous-pyloriques par des brides fibreuses ou cicatricielles d'origine biliaire sont plus fréquentes qu'on ne le croyait jusqu'ici. M. Tuffier en a opéré trois cas. C'est une péricholécystite qui est l'origine habituelle des brides, des adhérences et des accidents gastriques consécutifs.

Les rétrécissements intrinsèques sont dus à une cicatrice d'ulcère, beaucoup plus rarement à une cicatrice provenant de l'ingestion d'un liquide caustique, exceptionnellement à des tumeurs polypeuses et aux calculs biliaires.

Les signes de la sténose sont faciles à reconnaître. Il s'agit toujours d'un malade qui vomit d'abord irrégulièrement, puis quotidiennement ou tous les deux jours suivant la dilatation de son estomac. Le vomissement périodique avec contenu ingéré un ou plusieurs jours auparavant est un « vomissement par obstacle ». Le malade souffre au niveau du creux épigastrique et souvent quatre à cinq heures après le repas. L'examen fait constater une dilatation gastrique variable avec la durée de la maladie bien plus qu'avec le degré de la sténose, et souvent il décèle des contractions péristaltiques de l'estomac; enfin, et signe caractéristique, le matin à jeun on trouve dans l'estomac des résidus alimentaires. Ces accidents s'accompagnent d'amaigrissement qui conduit à la cachexie.

Le diagnostic de la nature de l'obstacle, souvent facile, est quelquefois très difficile.

En l'absence de signes bien nets d'ulcères antérieurs, d'accidents de cholécystite cancéreuse, il faut toujours avoir présente à l'esprit l'hypothèse d'un cancer. La marche aiguë de l'affection, l'âge du malade n'ont aucune valeur pour le diagnostic. M. Tuffier a opéré un malade dont les accidents d'occlusion pylorique avaient débuté d'une façon aiguë, il a opéré un ulcère simple chez un homme de 43 ans et a trouvé deux fois un cancer chez un homme de 28 ans et une femme de 26 ans.

L'examen chimique du contenu de l'estomac (apepsie, anachlorhydrie) acquiert alors une valeur considérable.

Pendant l'opération même, le doute peut persister: les linitis plastiques sont impossibles à reconnaître...

Les vomissements incoercibles, les douleurs, l'amaigrissement progressif, rebelles à toute thérapeutique médicale, tels sont les signes qui doivent conduire à l'intervention chirurgicale dans les cas de sténose.

Parmi les procédés opératoires, il en est un, la dilatation brusque de l'orifice pylorique ou méthode de Loreta, qui n'est applicable qu'au spasme du pylore. La simple section des brides péritonéales ou des adhérences qui compriment la région pylorique ou sous-pylorique compte quelques applications. Le plus souvent ces sténoses par brides s'accompagnent d'épaississements, d'induration de la région sous-jacente qui déterminent à pratiquer une gastro-entérostomie, après section et rupture des adhérences.

En somme, les deux procédés les plus généralement applicables sont la gastro-entérostomie et la pyloroplastie.

La pyloroplastie, ou opération de Heinecke-Mickulicz, consiste à inciser le pylore dans le sens longitudinal et à suturer transversalement les bords de l'incision; elle ne semble applicable qu'à des rétrécissements peu serrés et surtout peu étendus. Il existe des exemples de pyloroplastie insuffisante ayant nécessité des gastro-entérostomies secondaires.

M. Tuffier n'a perdu qu'un malade sur neuf opérés de gastro-entérostomie pour les rétrécissements non cancéreux; quant aux opérés cancéreux, ils ont tous succombé ultérieurement aux progrès de leur lésion.

Les résultats thérapeutiques de l'opération sont vraiment remarquables et constants, quelle que soit la nature du rétrécissement. Les vomissements cessent définitivement (sauf quand il se produit une coudure de l'intestin, ce qui nécessite une nouvelle intervention). Les douleurs disparaissent également; très rapidement, au bout de quinze jours en moyenne, les malades peuvent revenir à l'alimentation ordinaire et leurs digestions sont parfaites, quand il n'y a pas de cancer en cause. L'examen du suc gastrique montre que le chimisme stomacal revient aussi au type normal (plus lentement il est vrai) et que l'estomac revient peu à peu sur lui-même.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

A propos du traitement de la tuberculose. (*Deutsche med. Zeitung*, 6 janvier 1898.)— Schmal admet que dans les cas mortels de tuberculose, les infections par association microbienne jouent un rôle prépondérant; le bacille de Koch, à lui seul, ne parviendrait pas, en général, à compromettre l'existence des malades. Ce sont donc les microbes associés qui doivent être combattus de préférence.

L'auteur pense avoir trouvé dans le baume du Pérou l'agent thérapeutique capable de s'oppo-

ser à la pullulation de ce micro-organisme. L'administration du baume du Pérou peut se faire en capsules, mais on recourra, de préférence, à une solution alcoolisée de baume du Pérou, en préparant un élixir qui contiendrait 25 grammes de baume par litre. On donnera une cuillerée à soupe toutes les deux heures. L'addition d'essence de cannelle à l'élixir est à recommander. L'auteur ne donne pas la formule dont il se sert dans sa pratique, mais nous pensons qu'il suffirait de quelques essais pour obtenir un élixir de ce genre que les malades accepteraient facilement.

E. Vogt.

L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques. (*Acad. de méd.*, 22 février 1898.) — M. Combemale emploie ce médicament sous forme de pilules de 10 centigrammes. C'est un corps qui se présente sous la forme d'une poudre blanchâtre facilement déliquescente, insipide, soluble dans l'eau et l'alcool. L'acétate de thallium a donné à M. Combemale des résultats remarquables chez plus de 30 malades, tuberculeux ou autres, qui ont pris de l'acétate de thallium contre leurs sueurs excessives ; 2 seulement n'en ont pas tiré complet soulagement.

Pàrmi les malades qui ont été particulièrement soulagés, l'auteur cite les grands excavés cachectiques, que la diarrhée et les sueurs profuses menaient à grands pas au tombeau ; une seule dose de 10 centigrammes d'acétate de thallium tarit définitivement les sueurs, et la dénutrition rapide se ralentit dès lors.

Dans 10 autres cas, chez des cachectisés, l'effet a été complet et rapide, souvent après une à deux prises d'une dose de 10 centigrammes, exceptionnellement de 20 centigrammes.

Chez une lymphadénique en proie à des sueurs excessives quotidiennes que l'atropine, l'acide camphorique, l'agaricine, ne réfrénaient qu'avec peine, une dose tous les trois jours prévenait l'hypercrinie sudorale.

Des tuberculeux indurés ou ramollis, des vieux tousseurs nocturnes par ectasie bronchique, bronchite chronique, emphysème, ont vu souvent la moiteur généralisée qui accompagnait leurs accès. ne pas se montrer de deux à trois jours après une seule prise de 10 centigrammes, exceptionnellement de 20 centigrammes, et quand elle reparaissait céder définitivement pour plus d'un mois après quatre prises successives.

Jamais on n'a administré le médicament plus de sept jours de suite ; du reste, lorsqu'au quatrième jour l'acétate de thallium n'a pas produit l'effet désiré, il est inutile d'insister ; il s'agit de l'un de ces cas rebelles qui se montrent dans les proportions de 1 sur 14. L'auteur avait du reste l'habitude, comme pour les autres antisudoraux, de faire ingérer la dose, après une étude du cas, une heure environ avant le moment présumé de l'apparition des sueurs.

Puisque l'acétate de thallium a une valeur clinique incontestable, la question des inconvénients qu'il peut présenter a son intérêt. Les doses même accumulées n'ont jamais été toxiques.

L'auteur cependant signale des faits singuliers. Consécutivement à l'emploi de l'acétate de thallium, au début de ses recherches, une alopécie rapide survint chez deux tuberculeux : l'un après onze prises espacées en un mois perdit en huit jours tous ses cheveux ; l'autre, chez qui les cheveux tombaient déjà, devint totalement chauve en quarante-huit heures, après avoir absorbé 80 centigrammes d'acétate de thallium en un mois. Désagréablement surpris, l'auteur saisit les occasions d'étudier les raisons et les conditions de cette subite alopécie : coup sur coup trois autres phtisiques lui permirent de modifier son opinion.

Chez ces trois tuberculeux avancés, les sueurs étaient abondantes, à la tête surtout, et leurs cheveux s'éclaircissaient beaucoup, quand l'acétate de thallium fut prescrit ; une prise ou deux suffit pour venir à bout de leurs sueurs, qui ne reparurent plus de quinze jours et en même temps cessait la chute de leurs cheveux. Un sixième fait se présenta à son observation. La leucocythémique dont il a été parlé perdait aussi ses cheveux mais lentement ; elle devint complètement chauve lorsqu'elle eut pris une dizaine de pilules. M. Combemale conclut de ces faits que c'est seulement à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées d'acétate de thallium que l'alopécie survient, véritablement foudroyante, et uniquement chez ceux dont les cheveux étaient déjà fragiles.

Il faut ajouter que chez la première malade, si brutalement privée de sa maigre chevelure, les cheveux ont repoussé ensuite en trois mois, bien plus drus qu'auparavant.

En résumé, il peut donc y avoir inconvénient à employer l'acétate de thallium ; mais en restant dans les faibles doses, en ne dépassant pas quatre prises consécutives, on évite cet inconvénient dans la majorité des cas.

Enfin, en terminant, l'auteur signale ce point important, que l'effet obtenu avec l'acétate de thallium sur les sueurs l'est au moins pour deux jours, bien souvent pour plus de dix jours.

R. Blondel.

Injections intra-trachéennes dans les maladies des bronches et des poumons. (*XXIX^e^ Congr. de la Société méd. de New-York*, Albany, 27 janvier 1898.) — Le D^r^ H.-S. Drayton (de New-York) lit un travail sur ce sujet. Tout l'appareil nécessaire consiste en une seringue fonctionnant facilement, à laquelle est adapté un tube laryngien spécial. Les applications sont calmantes, et en même temps légèrement excitantes et antiseptiques. Si elles sont faites habilement, elles font rarement souffrir. L'auteur a trouvé une grande valeur à ce traitement dans les premiers degrés de la tuberculose pulmonaire. R. Blondel.

Traitement de l'asthme par le sérum antidiphtérique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 novembre 1897.) — L. Révilliod fut amené à tenter l'emploi du sérum antidiphtérique dans le traitement de l'asthme véritable spasmodique (l'asthme provenant de lésions organiques de la poitrine ou de polypes du nez, etc., non compris) par les considérations suivantes : 1° Une attaque d'asthme est probablement une tentative d'élimination par les voies respiratoires d'un poison volatil, qui est en même temps la cause de l'attaque. 2° Le remède classique de l'asthme, l'iodure de potassium, est excrété par le travail respiratoire et agit probablement en facilitant l'excrétion des gaz et en rendant la dyspnée asthmatique inutile. 3° Le sérum antidiphtérique, en dehors de son action spécifique sur les toxines diphtériques, est excrété par le travail respiratoire, ainsi qu'il est démontré par l'effet qu'il produit en expulsant les fausses membranes. On établit donc ainsi un courant excrétoire extérieur et la vitalité de la muqueuse est modifiée, de même que par l'iodure ou le chlorate de potasse. 4° Les iodures, le sérum antidiphtérique et l'asthme ont ceci de commun qu'ils produisent tous fréquemment des éruptions, ce qui prouve que la peau est aussi bien que les poumons un canal excrétoire. 5° Le traitement ne viole pas la doctrine fondamentale de la sérumthérapie, car des maladies d'apparences différentes peuvent se toucher en un ou plusieurs points et c'est ainsi que la quinine guérit d'autres maladies que la malaria, le mercure que la syphilis, et que le chlorate de potasse agit aussi bien dans la stomatite ulcérante que mercurielle. D'après cela, Revilliod conclut que le sérum antidiphtérique a une action aussi efficace dans l'angine streptococcique et diphtéritique. Sept cas d'asthme furent traités ainsi, avec les résultats suivants :

1° Trois guérisons. *a*) Un homme de 24 ans : attaques d'asthme toutes les nuits depuis six ans : respiration toujours bruyante et courte; méthodes innombrables de traitement restées sans résultat; guérison complète après dix injections de 10 centimètres cubes de sérum de Roux réparties en cinq mois. Pas de rechute lorsqu'il fut revu six mois et demi plus tard.

b) Une femme de 40 ans, sujette aux rhumatismes, ayant des attaques d'asthme toutes les nuits depuis sept mois ; autres traitements inefficaces : guérie par trois injections de 10 centimètres cubes de sérum en dix jours, et restée en très bon état cinq mois après, lorsqu'on la revit.

c) Un homme de 36 ans, ayant de l'asthme et l'haleine courte à la suite d'une bronchite remontant à 8 ans. Depuis le mois précédent, attaques tous les soirs entre cinq et onze heures, et à d'autres moments, quand il est fatigué. Autres traitements sans résultats ; guéri par six injections de serum en deux mois.

2° Un homme de 56 ans, asthmatique depuis l'âge de 44 ans; trois injections en dix jours, soulagement durable.

3° Trois cas soulagés temporairement, mais le traitement ne fut pas suivi avec persévérance. Le traitement rendit les attaques d'abord moins fortes, puis plus espacées. On donnait généralement une injection lorsqu'une attaque devenait imminente. R. Blondel.

Maladies du Système nerveux.

D^r^ R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Emploi de la teinture de ciguë dans le traitement du torticolis. (*Société neurologique de New-York*, 4 janvier 1898.) — Graeme H. Hammond présente un jeune homme chez qui un torticolis très prononcé a paru dans le courant de mars dernier, et chez qui la contracture persistait encore au même degré lorsque l'auteur le vit pour la première fois en septembre. Le sujet fut soumis à un traitement consistant dans l'absorption de 90 gouttes de teinture de ciguë en trois reprises par jour : il ne présenta aucun signe d'empoisonnement. L'amélioration ne commença que lorsque la dose eut été portée à 40, trois fois par jour.

H. Allen Starr signale un cas semblable dans lequel le même traitement amena une amélioration considérable, mais seulement après que la dose eut été portée à 30 gouttes, trois fois par jour.

W.-H. Thomson rappelle qu'un oculiste très distingué observa un cas de mort chez un sujet atteint de blépharospasme à qui il donnait 20 gouttes de teinture de ciguë.

Le Pr Gray ajoute que d'autres cas mortels ont été dus à l'emploi de cette substance. Il semble en effet qu'il soit très difficile d'obtenir celle-ci sous une forme stable et réellement utilisable. Il pense toutefois que lorsqu'on a mis la main sur une bonne préparation, on peut en continuer l'usage jusqu'à ce que la guérison du sujet soit obtenue.

Hammond fait observer que la plupart des préparations de ciguë du commerce sont inactives et qu'il importe de s'assurer de la pureté du produit que l'on emploie.

R. Blondel.

Etat actuel de la chirurgie du cerveau. (*Centralblatt f. d. Ges. Therapie*, février 1898.) — J. Schnitzler fait remarquer qu'à l'enthousiame du début, en fait de traitement opératoire des affections cérébrales, a succédé un pessimisme un peu exagéré : en tout cas, les nombreux essais faits dans les années précédentes ont permis de marcher aujourd'hui sur un terrain un peu plus solide.

Quand on se trouve en présence d'un cas de *commotion cérébrale* suite de fracture du crâne, on peut compter en général sur un succès quand les phénomènes observés proviennent de la pression des fragments osseux sur le cerveau; si la compression est le fait d'un épanchement consécutif à la rupture de la méningée moyenne, on fera un pronostic plus réservé. Il faut, pour diagnostiquer cette rupture, s'en tenir à la règle suivante : si, à la suite d'un traumatisme cranien, on voit succéder à un état syncopal passager un intervalle de lucidité, puis de la monoplégie, puis de l'hémiplégie, enfin de la paralysie avec état soporeux et ralentissement du pouls, la rupture artérielle est à craindre et il faut intervenir de suite. Il arrive parfois que l'artère est déchirée du côté opposé à celui qu'on pouvait admettre après l'examen minutieux du malade : quelquefois il n'y a pas de fracture du crâne. Si l'hématome siège du côté de l'hémiplégie, on est obligé de supposer que les faisceaux pyramidaux ne s'entre-croisent pas chez le sujet traumatisé.

En cas de *fracture par projectile*, la question de l'intervention est complexe; on voit souvent des projectiles ne provoquer que fort peu d'accidents cérébraux. En tout cas, au premier symptôme d'infection, il y a lieu d'intervenir. Cette infection peut donner lieu à de la méningite suppurée ou à un abcès : la première de ces lésions paraît être au-dessus des ressources de l'art. Même dans les cas où la suppuration est trouvée circonscrite, le pronostic est des plus grave. L'indication opératoire est beaucoup plus nette en cas d'abcès du cerveau, mais les difficultés diagnostiques sont grandes. L'existence de fièvre vespérale combinée à du ralentissement du pouls est pour Bergmann un symptôme important, de même que la douleur localisée quand on percute le crâne. On observe dans ce domaine des faits souvent fort curieux : Schnitzler en rappelle un (observation personnelle). Une jeune fille, après une chute sur la tête, ne présenta que quelque phénomènes légers de commotion cérébrale : peu de temps après, céphalalgie violente, fièvre élevée, *sensibilité très grande à la percussion* au point où le crâne avait frappé le sol : obnubilation du sensorium. Le chirurgien conclut à un abcès du cerveau : Schnitzler, eu égard à la soudaineté de l'apparition des accidents, admit une attaque d'influenza; on différa l'opération et la malade guérit en deux jours.

Le diagnostic différentiel entre la *méningite* et l'*abcès du cerveau* décide de l'intervention : malheureusement on tombe sur bien des difficultés. Une méningite débute souvent par des symptômes localisés (aphasie motrice, par exemple, au cours d'une otite). Même obscurité pour l'étude du pouls et de la température. L'œdème de la papille est plus démonstratif et parle en faveur d'un abcès. La ponction lombaire n'a pas tenu ce qu'on espérait d'elle à cet égard.

L'intervention pour *phlébite des sinus* a été, dans ces dernières années, maintes fois couronnée de succès.

En cas d'opération d'abcès, il sera indiqué de faire avec un trocart fin une ponction exploratrice avant d'intervenir avec le bistouri. Il arrive très fréquemment que les ponctions ne parviennent pas à faire découvrir le foyer, qui se trouve souvent, à l'autopsie, être distant de quelques millimètres tout au plus du point ponctionné.

Le foyer une fois découvert, on n'arrive pas toujours à bien le vider (abcès multiloculaire, obturation de l'incision par le tissu nécrosé, etc.). D'autres fois, l'abcès se vide bien, mais le malade succombe à une méningite ou à une phlébite des sinus consécutive. Malgré tous ces déboires, l'indication opératoire reste formelle. Les guérisons sont aujourd'hui de 50 0/0 environ (dernières statistiques de Kœrner).

La question des *tumeurs cérébrales* est bien plus compliquée encore : les difficultés diagnostiques sont ici presque insurmontables dans beaucoup de cas, et les tumeurs sont loin d'être toujours circonscrites; une statistique de White a donné, sur 100 tumeurs du cerveau, 9 cas opérables, dont 8 inguérissables pour des raisons pathologiques et techniques diverses.

Les *opérations palliatives* (trépanation, ponction lombaire) ont dans ces derniers temps at-

tiré l'attention des chirurgiens aux prises avec des tumeurs inopérables. La trépanation présente, dans ces circonstances, un intérêt bien supérieur à la ponction, que beaucoup d'auteurs rejettent aujourd'hui complètement.

Les résultats opératoires en cas d'*épilepsie jacksonienne* paraissent présenter un caractère plus ou moins transitoire, quels que soient le mode opératoire et les conditions dans lesquelles on se trouve.

L'*encéphalocèle* peut être traitée chirurgicalement dans les premiers jours après la naissance, mais l'extirpation de l'encéphalocèle occipitale est suivie de cécité par destruction du centre visuel cortical.

On paraît aujourd'hui d'accord pour abandonner l'intervention en cas de *microcéphalie:* le pronostic semble moins sombre quand il s'agit de s'attaquer à l'*hydrocéphalie* (ponction et compression, ponction et injection iodée, drainage permanent); mais le résultat final n'est jamais bien brillant.

E. Vogt.

Traitement du delirium tremens. (*Philad. med. Journ.*, 5 février 1898.) — Au XXIXe Congrès annuel de la Société médicale de l'Etat de New-York, tenu à Albany les 25, 26, 27 janvier derniers, le Dr T.-D. Crothers recommande contre le delirium tremens de s'abstenir de spiritueux, d'éviter l'opium, le chloral et les bromures, car ils ne provoquent pas l'élimination des poisons, et de laisser au patient le plus de liberté possible. Il faudra obtenir l'élimination par des bains chauds et la transpiration prolongée, et par des purgations avec du calomel ou des sels. Si le malade dispose d'un espace assez grand pour pouvoir se promener et épuiser son excitation musculaire, les symptômes actifs se calment généralement en deux jours.

R. Blondel.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

De l'huile brute de pétrole dans le traitement de la diphtérie oculaire, par le Dr Vian. (Brochure in-8°, Toulon, 1897.) — L'auteur rapporte 6 cas de guérison obtenus par cette méthode, qui consiste en applications deux fois par jour d'huile brute de pétrole sur la muqueuse palpébrale, concurremment avec les lavages boriqués et les cataplasmes de fécule. L'application se fait au moyen d'un pinceau largement imbibé et qu'on promène à plusieurs reprises sur les surfaces malades.

Le permanganate de potasse, qui a paru si efficace à l'auteur dans les ophtalmies purulentes, n'a dans l'ophtalmie diphtéritique aucune action favorable pas plus que nuisible, alors que le nitrate d'argent a des effets désastreux bien connus. Au contraire, l'huile brute de pétrole lui paraît avoir une véritable action spécifique dans le traitement de la diphtérie oculaire.

Kopff.

Lavage de la chambre postérieure après l'opération de la cataracte, par le Dr Chibret. (*Archives d'ophtalmologie*, 12 septembre 1897.) — On voit souvent, après l'extraction de quelques cataractes, persister dans le champ pupillaire des masses qui résistent à tous les moyens mécaniques d'évacuation, ou se reproduisent après chaque tentative de nettoyage. D'autres fois, plus souvent, malgré la netteté de la pupille et une vision satisfaisante, on laisse à son insu derrière l'iris ou à la périphérie du sac capsulaire des masses plus ou moins abondantes et adhérentes. C'est pour remédier à ces inconvénients qu'on a essayé de pratiquer des injections dans la chambre antérieure. Mais les masses à expulser ne sont pas logées dans la chambre antérieure, mais bien dans la chambre postérieure et l'auteur n'attribue au lavage de la chambre antérieure que le rôle d'une irrigation et non celui d'un lavage expulsif qu'il devrait être. Pour réaliser le but recherché l'auteur a fait construire une seringue à injection et à aspiration simultanées, grâce à laquelle les conditions de la pression dans les chambres de l'œil ne sont point modifiées.

Kopff.

Traitement du trachome. (*Wratsch*, n° 45, 1897.) — Trockoff, en se basant sur ses observations faites sur des soldats, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans tous les cas de trachome, à quelque période de la maladie qu'on se trouve, il faut avoir recours au traitement opératoire (expression des granulations par les pinces du Belliarminoff ou de Knapp, suivie de friction de la muqueuse avec une solution de sublimé);

2° Les cas relativement récents sont guéris complètement;

3° La tuméfaction de la muqueuse qui résulte de l'expression des granulations ne menace pas la cornée;

4° A la période cicatricielle les frictions au sublimé à 1 pour 1000 garantissent également la cornée contre l'irritation;

5° Il est absolument nécessaire de déterminer préalablement une profonde anesthésie, car, grâce à cette anesthésie, on peut faire une expression aussi complète que possible;

6° L'expression, ainsi que les frictions lorsqu'elles sont employées séparément, ne donnent pas un résultat aussi sûr et aussi rapide que lorsqu'elles sont employées consécutivement (les frictions après l'expression).

B. TAFT.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

L'eau d'Alibour dans les dermatomycoses. — M. SABOURAUD, au laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, à eu l'occasion, en cherchant le meilleur traitement antiseptique des dermites pustuleuses, d'expérimenter à nouveau une vieille formule du Codex, l'eau d'Alibour. Mais ce topique étant très irritant, M. Sabouraud a commencé par en réduire le titre au tiers, et encore ne doit-on l'appliquer que coupée de deux ou trois parties d'eau, pour commencer, sa prescription ainsi rectifiée :

Eau distillée.....	600 grammes.
Camphre à saturation.	Q. s.
Sulfate de zinc.....	7 grammes.
— de cuivre.....	2 —
Safran.....	40 centigr.

M. Sabouraud recommande, comme *modus agendi*, la *lotion incessante* avec les tampons d'ouate hydrophile ; sinon, le *pansement humide permanent* réalisé au moyen du cataplasme de fécule arrosé d'eau d'Alibour, ou les compresses de tarlatane imbibées : mais l'occlusion hermétique au taffetas gommé n'est pas à recommander. Il est préférable de remouiller le pansement toutes les trois ou quatre heures.

Les croûtes et la peau se colorent en vert sous l'influence du sulfatage. Ce traitement, héroïque pour l'impétigo, n'agit bien qu'une fois le décapage de la peau accompli.

MOREL-LAVALLÉE.

Le bichromate de potasse contre les verrues. (*Gaz. méd. de Liège*, 12 août 1897.) — M. LOULEL-DULONGPRÉ préconise le badigeonnage des verrues, une fois par jour, jusqu'à disparition, avec la solution concentrée de bichromate de potasse préparée à chaud et appliquée à froid.

Résultats exceptionnellement rapides et indolores.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés. (*Semaine méd.*, 1897, p. 466.) — M. NIELS R. FINSEN (de Copenhague) a étudié l'action des rayons chimiques, violets et ultra-violets concentrés sur le lupus vulgaire. Il expose chaque jour, la surface malade à ces rayons chimiques, par segments parcellaires actionnés chacun environ deux heures : les rayons arrivent perpendiculairement, mais au travers de lentilles de verre compresseurs fixées sur la peau et destinées à chasser le sang des couches superficielles, M. Finsen ayant remarqué que le sang s'opposait à la pénétration des rayons à travers les tissus vivants.

Sur 59 malades ainsi traités, 58 ont été très améliores, 23 guéris en apparence, et 30 encore en traitement.

Cette cure photothérapique est digne du plus grand intérêt, et les expériences devront être continuées, nous l'espérons, dans des conditions aussi rigoureuses et méthodiques que les précédentes.

MOREL-LAVALLÉE.

L'iode métallique dans la syphilis. (*Bull. méd.*, 5 janvier 1898.) — M. BOUVEYRON (de Lyon) rappelle qu'on a, à tort, laissé dans l'oubli le traitement par l'iode métallique dans la vérole; mais la formule du médicament a été très difficile à établir, car l'auteur se proposait de trouver un excipient qui ne se combinât pas avec l'iode, qui en fût un dissolvant parfait et qui en corrigeât la saveur. Voici la préparation qu'il recommande :

Iode métallique.....		1 gramme.
K I	Q. S. ad. sal.	
Glycérine neutre.....	5 à 10	—
Acide citrique.....	15	—
Sirop de sucre q. s. ad. 1 litre.		

Commencer par deux cuillerées à bouche par jour, pour arriver à six, ou même à neuf (15 centigrammes d'iode pur). Prendre le médicament une demi-heure avant le repas; n'avaler rien outre qu'un peu d'eau sucrée en cas de gastralgie.

Les résultats obtenus auraient été excellents.

MOREL-LAVALLÉE.

Petite chirurgie dermatologique ; la cautérisation ignée, par Brocq. (*Presse médicale*, n° 13, p. 78, 1898.) — C'est en 1880 que Guibout traita pour la première fois, à l'hôpital Saint-Louis, un lupus de la face avec le thermo-cautère Paquelin. Peu après, en 1883, M. E. Besnier réalisa un nouveau progrès en substituant au thermo-cautère un appareil plus parfait, le galvano-cautère.

Le thermo-cautère a l'inconvénient, en effet, de dégager par rayonnement une quantité de chaleur considérable, aussi son emploi est-il plus douloureux et suivi d'escarres étendues, de cicatrices apparentes.

On n'a pas habituellement recours à l'anesthésie.

Le pansement le plus simple, après la cautérisation, consiste à employer des emplâtres, après lavage de la plaie avec une solution antiseptique : le lavage est renouvelé quotidiennement.

Il est bon d'employer, pendant les quelques jours qui suivent la cautérisation, un emplâtre simple, non irritant, comme l'emplâtre à l'oxyde de zinc ou l'emplâtre à la glu ; ensuite, on peut employer des emplâtres plus actifs pour arriver à la cicatrisation, comme les emplâtres à l'iodol, à l'aristol, à l'europhène ou même l'emplâtre rouge de Vidal.

Lorsque la cicatrisation tarde à se faire, on saupoudre d'abord la plaie avec une poudre cicatrisante quelconque, telle que l'iodoforme et surtout l'iodol, l'aristol, l'europhène, le sous-carbonate de fer, etc., puis on recouvre avec l'emplâtre.

Dans certains cas, lorsque l'inflammation est très intense, on se trouve bien de panser avec des rondelles de tarlatane aseptique, imbibée d'eau boriquée, d'eau résorcinée au millième, au cinq centième, et recouvertes de taffetas gommé puis maintenues en place avec un bandage ou avec des bandelettes d'emplâtre.

G. Lyon.

Le captol dans la séborrhée. (*D. med. Woch.*, 7 octobre 1897.) — J. Eichoff dit n'avoir rien trouvé de comparable à ce nouveau produit, qui est un tanno-chloral combiné, peu irritant, mais très actif. On fait tous les jours des lotions avec une solution alcoolique de captol à 2 0/0, pure ou coupée d'eau : le pityriasis et la séborrhée disparaissent rapidement.

Cette substance réunit les effets sécréto-inhibitoires du tanin avec l'action antiparasitaire du chloral hydraté.

Morel-Lavallée.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Rétrécissement traumatique de l'urètre traité par la ponction et le cystodrainage, par Bazy. (*Soc. chir.*, 9 février 1898.) — L'auteur fait un rapport sur une observation de Dubrandy (de Lille). Vieillard atteint de rétention causée par un rétrécissement traumatique ancien. Ponction hypogastrique avec le trocart, évacuation de la vessie par une sonde passée dans le trocart.

Pendant quatre ans et demi le malade garda sa sonde hypogastrique, n'ayant jamais voulu subir l'urétrotomie externe. Il mourut d'hémorragie cérébrale.

Bazy n'est pas très partisan des opérations hypogastriques (il préfère le drainage par les voies naturelles), et en tout cas la cystostomie vaut mieux que le cystodrainage hypogastrique.

E. Chevalier.

Traitement des rétrécissements de l'urètre par la dilatation élastique continue. (*XXIXe Congrès annuel de la Société médicale de New-York*, 26 janvier 1898.) — Le Dr R. J. Wilding (de Malone) décrit une méthode de traitement des rétrécissements uréthraux par la pression élastique, et assure que ce traitement peut être suivi sans obliger le patient à rester au lit, ou, généralement, sans entraver sérieusement ses occupations. Un cathéter, deux ou trois fois plus fort que le rétrécissement, est adapté à une tige, et ainsi allongé, est introduit dans le rétrécissement et y est retenu. On le porte un jour ou deux, puis il est remplacé par un autre de plus gros calibre. L'auteur trouve que ces cathéters flexibles, en caoutchouc, causent très peu d'irritation et pas d'inflammation. Ils se terminent par un bouchon qui en permet l'obturation.

R. Blondel.

Quelques remarques sur le traitement radical de l'hydrocèle vaginale, par Oscar Bloch. (In *Rev. chir.*, 1898, p. 150.) — L'auteur opère ainsi :

Incision longue de la vaginale. Renverser celle-ci en dehors, mettre le testicule à nu, réséquer les excroissances, frotter énergiquement la séreuse et le testicule et tous les replis avec de la gaze stérile imbibée d'eau phéniquée à 3 0/0. Réduire le testicule, tamponner avec la gaze iodoformée dont le bout sort par l'incision.

Panser aseptiquement. Trois à quatre jours après enlever la gaze iodoformée. Quelquefois légère hémorragie. Suture des bords cutanés par quatre à cinq points au catgut. Pansement sans drainage.

E. CHEVALIER.

Pachyvaginalite multiloculaire, par DEMONS et BEGOUIN. (*Rev. chir.*, 1898, p. 97.) — Les auteurs relatent cinq observations de pachyvaginalite (hématocèle vaginale) où des cloisonnements et diverticules s'étaient formés dans la poche.

Cette disposition n'aggrave pas le pronostic, mais le traitement par les autres méthodes que la castration pourrait trouver des difficultés d'exécution et des causes d'insuccès dans la présence des diverticules et des cloisonnements.

E. CHEVALIER.

Sutures de l'uretère, par REYNIER. (*Soc. chir.*, 9 février 1898.) — Reynier relate ses expériences à la Société de chirurgie. Il opère ainsi la suture : A quelques millimètres de la surface de section, il passe sur les deux bouts de l'uretère une série de fils doubles traversant de chaque côté la paroi du canal. Il noue deux à deux les fils, formant ainsi des anses dont l'ensemble comprend la totalité de la circonférence de l'uretère. Il noue ensuite les chefs correspondants de chacune des anses et obtient ainsi un adossement parfait des deux bouts muqueuse à muqueuse.

E. CHEVALIER.

Un nouveau procédé de circoncision, par REBREYEND. (In *Ann. gén.-ur.*, 1898, p. 106.) — Saisir les bords de l'ouverture préputiale avec deux pinces hémostatiques, les tirer en avant.

A 4 ou 6 millimètres en arrière détacher avec les ciseaux une rondelle de prépuce, on a ainsi un cercle (percé d'un trou) grand comme une pièce de 1 franc.

La peau se rétracte, la muqueuse reste accolée au gland. Un aide force encore la rétraction de la peau pour la ramener en arrière de la couronne du gland, pendant que la muqueuse est retenue s'il le faut par une à deux pinces.

Fendre alors la muqueuse sur la face dorsale, détacher les adhérences, et réséquer les oreilles de muqueuse.

Suturer au catgut la peau à ce qui reste de muqueuse.

Avant de laisser revenir la peau, recouvrir la ligne de suture de gaze iodoformée.

L'avantage du procédé est de garder une peau dilatable qui évite la cutanisation du gland.

E. CHEVALIER.

Gonorrhée chronique. — LÉOPOLD CASPER (*Berl. klin. Woch.*, 1897, n° 15) donne un compte rendu minutieux des connaissances modernes sur ce sujet; on connaît ses études personnelles sur cette matière. La gonorrhée ne comporte pas de description clinique particulière; ce n'est pas en réalité seulement un processus pathologique et aucun remède ne peut guérir toutes ses formes et phases diverses. L'urètre est divisé tant anatomiquement que physiologiquement en portion antérieure et postérieure; cette dernière est le plus fréquemment le siège du mal, mais tend à être inaccessible à l'influence des injections par la contraction du muscle compresseur. La gonorrhée est une maladie produite par le gonocoque; d'autres formes d'urétrite peuvent être bactériennes ou aseptiques, celles-ci résultant d'un traumatisme ou contenant une infection gonococcique guérie. Les agents thérapeutiques sont chimiques ou mécaniques, ou les deux à la fois. De la méthode chimique, l'auteur recommande particulièrement le lavage à l'aide d'un cathéter français de petit calibre, introduit d'abord jusqu'au bulbe, avec des solutions soit de permangate de potasse de 1/5000 à 1/1000, de nitrate d'argent de 1/5000 à 1/500, de perchlorure de 1/20000 à 1/6000, de sulfate ou de permanganate de zinc de 1/5000 à 1/1000. Lorsqu'on a injecté 200 centimètres cubes du liquide, au moyen d'une seringue attachée au cathéter, celui-ci est un peu retiré et on répète l'opération, en comprimant le méat avec les doigts pour empêcher tout écoulement. On a rarement recours au traitement endoscopique. Il consiste en l'application directe, avec l'aide d'un endoscope, d'un liquide caustique tel que du chlorure de zinc ou 5 0/0 de nitrate d'argent à un endroit donné, foyer du mal. La méthode d'instillation de Guyon est bien préférable: environ 10 centimètres cubes de 1/2 à 2 0/0 de solution de nitrate d'argent sont injectés dans l'urètre au moyen d'un cathéter qui est retiré pendant l'opération pour que le liquide soit appliqué goutte à goutte sur toute la surface interne. Casper ne trouve pas les bougies urétrales très utiles; des moyens purement mécaniques, tels que de minces sondes de métal et des dilatateurs peuvent, néanmoins, être bons. Il recommande une sonde inventée par lui, qui est creuse de façon à pouvoir contenir une pommade antiseptique et agir ainsi chimiquement et mécaniquement. Lohnstein a introduit un dilatateur qui peut en même temps servir pour l'irrigation. Casper conclut en discutant la question de savoir quand un patient peut être considéré comme guéri de la gonorrhée. Théoriquement, il ne l'est pas tant que tout écoulement n'a pas disparu, mais un écoulement stérile ou un simple catar-

rhe aseptique peuvent être considérés comme suffisants. On peut permettre aux patients dans ces conditions de se marier; s'ils ne sont pas soigneusement suivis, il peut se développer de la neurasthénie sexuelle.

R. BLONDEL.

Emploi des diurétiques dans le mal de Bright. (*Treatment*, 23 décembre 1897.) — GUTHRIE classe les diurétiques, capables d'augmenter la diurèse, quand l'*appareil rénal est sain*, de la façon suivante :

1° *Toniques cardio-vasculaires :* digitale, squille, caféine, strophanthus, convallaria, agissant par apport aux glomérules d'une grande quantité de sang artériel;

2° *Dépresseurs vasculaires :* nitrates et nitrites, qui abaissent la pression et favorisent la filtration glomérulaire;

3° *En combinant les deux classes ci-dessus*, on dilatera les vaisseaux afférents et on retardera le retour du sang par les vaisseaux efférents;

4° *Médicaments agissant directement* sur les cellules sécrétantes des tubuli : sels de potasse, caféine, térébenthine, cantharides, urée, etc.;

5° *Action du froid à la périphérie*, provoquant une augmentation de la pression sanguine dans les organes internes.

Les médicaments qui tonifient le système musculaire de la vessie et des uretères constituent des adjuvants dans la médication diurétique (strychnine, ergot).

Les conditions sont fort différentes quand le rein est malade. Comment agir alors sans risquer de provoquer une poussée congestive aiguë dans l'organe? Une étude approfondie des diverses variétés de néphrites permet d'établir les règles suivantes :

1° *Néphrite interstitielle aiguë*, avec urines rares, sanguinolentes, albumineuses. On prescrira le nitrite d'amyle, la nitro-glycérine, les purgatifs salins;

2° *Néphrite interstitielle chronique*, avec oligurie et anasarque. Ici, la digitale, la squille sont indiquées;

3° *Néphrite parenchymateuse*, avec pouls faible : digitale combinée aux diurétiques stimulants, baies de genièvre, acétate de potasse, etc.;

4° *Néphrite interstitielle avec atonie vésicale :* dans cette forme, fréquente dans l'enfance, on agira surtout sur la vessie au moyen de strychnine ou d'ergot.

Le lactate de strontium abaisse la pression sanguine, et constitue un bon diurétique, mais il faut bien surveiller le dosage, car il peut provoquer de l'hyperémie rénale, des hématuries; son action dans les formes chroniques semble peu marquée.

Les acides tannique et gallique, l'hamamelis, rendront des services dans les cas d'hématurie, mais il faudra éviter de les prescrire dans les cas de congestion aiguë, car alors la déplétion produite par l'hématurie peut être profitable au malade.

L'antipyrine deviendra parfois indirectement nuisible, dans les cas où un malade, atteint de néphrite dont il ne soupçonne pas l'existence, prend de l'antipyrine pour combattre une céphalée brightique.

Le calomel et les pilules bleues font monter le taux de l'urée; ils ne passent pas facilement le filtre rénal altéré, d'où danger d'hydrargyrisme à la suite de leur emploi. Il est nécessaire de faire suivre leur administration d'un purgatif salin. En augmentant le taux des matières excrémentitielles dans l'urine, ils rendent celle-ci plus irritante pour le filtre rénal modifié et peuvent provoquer des congestions.

En résumé, les diurétiques doivent être prescrits avec grande prudence dans toutes les formes de néphrite : on ne s'adressera à tel ou tel groupe qu'après avoir déterminé avec soin à quelle variété de néphrite on a affaire.

E. VOGT.

La pilocarpine dans la maladie de Bright. (*Wratsch*, n° 44, 1897.) — Après avoir insisté sur l'importance de la pureté de la pilocarpine, et, en particulier, de l'absence de jaborine, TSCHIRKOFF a insisté sur ce fait que l'indication de la pilocarpine dans les accès urémiques doit être basée sur l'état du cœur et des vaisseaux. Tant que les vaisseaux ne sont pas modifiés, que le cœur fonctionne normalement, la pilocarpine exerce une action absolument merveilleuse. Au contraire, dans les cas où il existe déjà des modifications artério-sclérotiques, ou bien là où le cœur est affaibli, la pilocarpine n'agit pas du tout ou d'une façon très défavorable. D'une façon générale, la pilocarpine peut être employée avec succès dans les cas d'urémie aiguë ou subaiguë par suite d'une contraction des vaisseaux rénaux. Du reste, on peut obtenir le même résultat thérapeutique en recourant à l'emploi de bains tièdes.

Ajoutons, enfin, que comme les modifications artério-sclérotiques se produisent de très bonne heure chez les brightiques, on fera bien de recourir au sphygmographe, qui révèle, avant tout autre procédé d'exploration, l'état des vaisseaux.

B. TAFT.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Etat actuel des opérations vaginales dans les maladies des organes pelviens. — Le Dr Edwin B. Cragin (de New-York) a fait une communication sur ce sujet au XXIXe Congrès annuel de la *Société médicale de New-York*, le 26 janvier 1898. Sauf dans les cas de petites tumeurs des ovaires, et de prolapsus ou maladies des ovaires nécessitant l'ablation, les maladies unilatérales des annexes sont mieux traitées par l'incision abdominale, selon l'auteur; il préfère aussi la voie abdominale dans les cas de grossesse ectopique, sauf lorsqu'il s'est formé un hématocèle, devenu enkysté. L'auteur a trouvé de grands avantages à l'intervention vaginale dans les cas de grossesse, lorsque le trajet obstétrical était obstrué par des tumeurs. Les opérations vaginales sont surtout utiles, selon M. Cragin, dans trois cas différents : 1° Lorsqu'il y a du pus; l'ablation de l'utérus et des annexes est indiqué. 2° Lorsque la suppuration indique la nécessité du drainage, sans ablation des organes. 3° Dans les cas de fibromyômes peu volumineux.

R. Blondel.

Traitement des accidents de la ménopause. (*Société médicale de Berlin*, séance du 2 février 1898.) — Saalfeld a employé l'oophorine pour combattre les dermatoses du retour d'âge : il a donné deux ou trois tablettes à 50 centigrammes par jour : dans certains cas, la dose s'est élevée à quinze tablettes par jour; l'auteur n'a jamais observé d'accidents. Les résultats ont été favorables dans une série de cas d'acné rosacea, d'eczéma simple et lichénoïde, de prurigo, de séborrhée du cuir chevelu et de chlorose.

E. Vogt.

Des abcès pelviens, par Paul Mundé. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, novembre 1897.) — Les indications thérapeutiques concernant les abcès pelviens sont aujourd'hui beaucoup plus précises, grâce à la distinction que l'on peut faire avec l'auteur de cet article, des collections purulentes intra-péritonéales, ou péritonite pelvienne, et extra-péritonéales, ou cellulite pelvienne, en nous plaçant seulement au point de vue de l'origine. Les *abcès intra-péritonéaux* sont causés par l'inflammation puerpérale septique, la blennorrhagie, l'endométrite et la salpingite aiguës, l'inflammation des kystes ovariques, en particulier des kystes dermoïdes, l'hématocèle, les ligatures à la soie après les opérations. Ils s'enkystent souvent et siègent à côté ou en arrière de l'utérus et, signe caractéristique, laissent toujours à la matrice une certaine *mobilité* de bas en haut. Les *abcès extra-péritonéaux* sont la conséquence du traumatisme du col, de l'accouchement. Ils *immobilisent* complètement la matrice et refoulent le col du côté opposé. A droite, ils peuvent en imposer pour une appendicite. Le diagnostic du siège peut être d'ailleurs impossible à faire. Abandonnés à eux-mêmes, les premiers s'ouvrent dans le péritoine, ou à la peau de l'abdomen, tandis que les seconds (cellulites pelviennes) fusent de préférence vers la vulve ou les régions inférieures du bassin. Comment faut-il les traiter suivant les cas? Ici est le point important pour le praticien, qui a si souvent à intervenir activement, pour empêcher la fièvre hectique. Y a-t-il poche purulente libre d'adhérences, pyosalpinx, abcès de l'ovaire même adhérents, *laparotomie* et *extirpation du sac*. Pas de drainage, mais seulement lavage avec la solution de Tiersch, si le sac s'est rompu durant les manœuvres. Exceptionnellement, drainage vaginal. Il est cependant de règle, toutes les fois que l'abcès, quelle qu'en soit l'origine, pointe vers le vagin, de l'ouvrir par cette voie, avec une incision transversale de 5 à 7 centimètres, puis de laver la cavité et bourrer à la gaze iodoformée. Si l'on reconnaît que les annexes des deux côtés sont malades, on les enlève par la laparotomie et on ne fera l'ablation de l'utérus que s'il est impossible de le conserver, ou pour favoriser un drainage indispensable. Pour les abcès extra-péritonéaux, on doit les ouvrir toujours dans le point où ils font saillie, en pratiquant les contre-incisions nécessaires. Les abcès siégeant à droite et dans une situation élevée doivent être recherchés par la voie abdominale et l'incision semi-lunaire. La guérison des fistules persistantes de ces abcès, même ouverts et détergés, peut demander parfois de longs mois.

Aug. Benoit.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN

Accoucheur des hôpitaux.

Injection hypodermique d'eau salée dans la mort apparente par hémorragie post-partum, par le Dr Gimbert (de Cannes). (*Gazette hebdom.*, n° 16, 1898.) — Observation intéressante montrant tous les avantages que peut retirer le praticien, en cas d'urgence, de cet agent thérapeu-

tique si simple. La malade perdait à flots, conséquence d'une inertie utérine manifeste, et l'auteur évalue à trois litres la quantité totale de sang qui fut émise. La compression de l'aorte, les injections d'ergotine, les applications de serviettes brûlantes sur le ventre parvinrent à arrêter l'hémorragie. Mais la malade, épuisée, complètement exsangue, tomba bientôt en état de mort apparente : plus de respiration, plus de pouls, plus de réflexes d'aucun genre. Vainement, on essaya les tractions rythmiques de la langue (pas assez longtemps peut-être), les insufflations d'air bouche à bouche, les applications d'eau bouillante sur la région cardiaque : tout fut inutile.

L'auteur ayant par bonheur sous la main une casserolle pleine d'eau bouillie, fit dissoudre une cuillerée à café de sel gris (3 gr. 50) dans 300 grammes de cette eau, et, à l'aide d'une seringue de 20 centimètres cubes, fit successivement deux injections dans la fesse, puis une autre dans le mollet droit, pendant que l'on continuait à exciter les réflexes. Après une quatrième injection, quelques pulsations apparurent dans l'artère radiale. Les réflexes de la paupière et de la langue reparurent peu à peu. La malade put absorber un peu de café brûlant, puis du bouillon, puis du cognac.

Le soir, la température monta à 37°. Le cinquième jour survint un grand frisson suivi d'une réaction thermique qui atteignit 40°. On crut un instant à une infection puerpérale : tout s'apaisa avec une forte débâcle intestinale. Néanmoins, une phlébite de la veine fémorale gauche se déclara au septième jour.

L'auteur insiste sur la facilité de l'emploi de ce procédé, l'absorption étant aussi rapide dans ce cas que par la voie veineuse, alors que la dénudation de la veine, la phlébotomie, chez un sujet exsangue, sans précautions antiseptiques suffisantes, ni même possibles, créent des difficultés pratiques beaucoup plus considérables.

R. Blondel.

Deux cas d'application de forceps par le procédé de Loviot. (*Nouv. Montpellier médical*, 19 février 1898.) — M. Puech communique deux observations, l'une relative à une occipito-iliaque droite postérieure, l'autre concernant une mento-iliaque droite postérieure, dans lesquelles il a extrait deux enfants vivants et sans lésions des parties molles maternelles, après une application de forceps faite suivant la méthode de Loviot. En quelques mots, M. Puech expose cette méthode et rappelle qu'elle consiste essentiellement dans la transformation manuelle des positions postérieures en positions transversales et dans une application de forceps faite sur la position ainsi obtenue.

M. Vallois rappelle d'une part que M. Tarnier a revendiqué pour un ancien professeur d'accouchements de Strasbourg l'idée première du procédé de Loviot, qu'il propose d'appeler le procédé de Flamand-Loviot. S'appuyant sur le raisonnement et des observations cliniques, il pense, d'autre part, qu'il faut distinguer les cas : si la tête est abaissée et fléchie, le procédé de Loviot doit être employé, parce qu'une tête fléchie est une tête disposée à tourner. Si, au contraire, la tête est élevée et *surtout* si elle n'est pas fléchie, l'application classique semble préférable, car elle permet de fléchir la tête avant de commencer la rotation, et M. Tarnier a montré que la flexion doit précéder la rotation.

M. Puech répond que sans doute la flexion de la tête favorise beaucoup sa rotation et rend par conséquent plus facile la manœuvre, mais il ne pense pas qu'il faille repousser systématiquement le procédé de Loviot dans le cas où cette flexion n'est pas complète, ce qui est d'ailleurs le fait habituel lorsque l'occiput est resté en arrière : la main introduite la première peut parfaire la flexion. — On ne peut guère, d'autre part opposer Flamand à Loviot ; Flamand a simplement conseillé la transformation des occipito-transversales et occipito antérieures et non des occipito-postérieures en occipito-transversales.

R. Blondel.

De l'opération césarienne et de l'opération de Porro. (*Journal d'accouchements russe*, n° 2, 1897.) — A propos d'un cas concernant une jeune primipare rachitique, chez laquelle il avait pratiqué avec succès pour la mère et l'enfant l'opération césarienne, Pawloff discute les indications de cette dernière opération ainsi que celles de l'opération de Porro. Il se range à l'avis des accoucheurs, qui estiment qu'il faut restreindre les indications de l'opération de Porro, en la remplaçant, toutes les fois que ce sera possible, par l'intervention conservatrice. De cette façon, l'opération de Porro sera indiquée à peu près dans les cas suivants :

1° Dans l'endométrite très prononcée, pour supprimer la source de l'infection ;

2° Dans les cas où la musculature de l'utérus est profondément modifiée, où il existe des tumeurs ou des ruptures de cet organe, en un mot dans tous les cas où l'hystérectomie est indiquée chez les femmes non enceintes ;

3° Dans l'atonie absolue de l'utérus pour quelle cause que ce soit, atonie persistant après la fermeture de la plaie utérine ;

4° Chez les femmes crétines ou idiotes ainsi que chez celles qui ont une prédisposition de

transmettre à leurs enfants une maladie héréditaire, comme la syphilis ou la tuberculose :

5° Chez les femmes atteintes de maladies incurables qui, tout en ne se transmettant pas héréditairement, peuvent devenir, à la suite d'une nouvelle grossesse, mortelles, par exemple les affections cardiaques où les troubles psychiques survenus pendant la grossesse.

B. TAFT.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Le desichtol. (*Deutshe med. Wochenschrift*, 3 février 1898.) — HELMERS s'est ingénié à débarrasser l'ichtyol de son odeur si désagréable. On obtient ce résultat en faisant agir la vapeur d'eau qui s'empare d'une huile éthérée contenue dans l'ichtyol à la dose de 1/2 0/0 environ : cette huile paraît communiquer au produit son odeur spéciale. La préparation nouvelle, désignée sous le nom de desichtol, a-t-elle conservé les propriétés thérapeutiques de l'ichtyol jusqu'ici employé? Il y aurait lieu de faire des recherches à cet égard, car l'huile éthérée représente une substance chimiquement très active, et il se pourrait qu'elle joue un rôle dans la médication par l'ichtyol. Il faut espérer que tel n'est pas le cas, car la préparation nouvelle se présente incontestablement sous un meilleur aspect que l'ancienne. E. VOGT.

Propriétés anticoagulantes des toxalbumoses végétales. (*Nouv. Montpellier médical*, 19 février 1898.) — M. DELEZENNE communique les résultats de quelques expériences relatives à l'action des ferments solubles et des toxalbumoses végétales sur la coagulation du sang. Il a observé que l'émulsine injectée dans le torrent circulatoire du chien à la dose de quelques milligrammes par kilogramme possède des propriétés anticoagulantes très énergiques : les échantillons de sang prélevés quelques minutes après l'injection demeurent généralement liquides pendant plusieurs jours ; ajoutée au sang *in vitro*, l'émulsine accélère au contraire la prise en caillot.

La ricine et l'abrine ont des propriétés anticoagulantes moins énergiques.

M. Delezenne insiste encore sur ce fait que l'on peut dissocier par le chauffage les propriétés diastasiques des ferments solubles et leur action anticoagulante. En effet, alors que la chaleur détruit complètement les premières, elle n'influence pas ou ne modifie que très faiblement la seconde. R. BLONDEL.

Contribution à l'étude du traitement par les eaux mères de salines. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 3 février 1898.) — Nous ne retiendrons de l'étude de LANGE que les observations relatives à l'utilisation des eaux mères saturées d'acide carbonique, telles qu'on les administre à Nauheim, Kissingen, Marienbad, Franzensbad, etc. La méthode présente de grands avantages dans le traitement du rhumatisme, de l'arthrite déformante, de certaines myélites, des névralgies, des névroses fonctionnelles et des paralysies. L'action excitante des sels des eaux mères est renforcée dans les eaux de ces stations par la présence de l'acide carbonique, qui se trouve dans le liquide soit à l'état de combinaison chimique, soit dissous simplement. L'action plus ou moins énergique de CO_2 est en raison inverse de la facilité avec laquelle le gaz abandonne le liquide. L'action thérapeutique de CO_2 s'exerce au moment où se produit une décomposition des sels dont il faisait partie intégrante, et où CO_2 abandonne le liquide. Il faut donc que CO_2 s'y trouve en combinaison instable, mais cette instabilité ne doit pas non plus être trop marquée, car il suffit dans ce dernier cas de quelques secondes pour que le liquide perde toute propriété thérapeutique par évaporation de CO_2.

Les thermes vraiment actifs se reconnaissent à un dégagement continu mais très régulier de CO_2 : le corps du baigneur se recouvre alors d'innombrables petites bulles de gaz qui s'attachent surtout aux poils et provoquent une excitation marquée des terminaisons nerveuses. Le bain, qu'on donne en général à 32° C., paraît tiède au premier abord, mais au bout de peu d'instants, on éprouve une sensation de chaleur et d'agréable picotement, si l'on peut s'exprimer ainsi. Les vaisseaux sanguins cutanés, contractés au moment où l'on entre dans le bain, se dilatent bientôt et la peau rougit manifestement. On retrouve là l'action du bain d'eaux mères simple, mais à un degré beaucoup plus rapide et plus intense. La fraîcheur relative de ces bains a CO_2 a permis de les utiliser chez les cardiaques, qui ne supportent pas, comme on sait, la balnéation à 35°-38° C., et l'on constate que chez ces malades la systole devient, sous l'influence du bain, plus énergique ; le nombre des pulsations se ralentit.

La grande difficulté de la méthode consiste à soustraire le malade à l'absorption de CO_2 par les voies respiratoires : cette absorption ne peut jamais être entièrement évitée : le danger est surtout manifeste lorsque les combinaisons chimiques à base de CO_2 sont trop instables ou lorsque le malade remue beaucoup dans son bain. On désigne les phénomènes d'intoxica-

tion, dans les stations sus-indiquées, sous l'euphémisme d'ivresse (*Baderausch*). On installera donc les cabines de façon à permettre une circulation intense de l'air atmosphérique, et on recommandera au malade de rester immobile dans la baignoire.

Les succès de la méthode adoptée dans ces stations ont déterminé plusieurs hydrothérapeutes (Noll, Lippert, Keller), à installer des appareils qui permettent de faire absorber à l'eau d'un bain d'eaux mères une certaine quantité de CO_2 : Quaglio (de Berlin) est même parvenu à construire un appareil qui permet d'utiliser à domicile la balnéation par les eaux mères de salines imprégnées de CO_2 : les résultats obtenus sont excellents.

E. Vogt.

L'orthoforme. — Encore un nouveau venu, un anesthésique local, étherméthylique composé de l'acide amidoxybenzoïque, non toxique, peu soluble, insipide. Cette substance présente sur la cocaïne l'avantage de ne pas être toxique et de provoquer, par suite de son absorption lente, une insensibilisation prolongée. Elle est, en outre, antiseptique, et diminuerait les sécrétions.

C'est une poudre cristalline grisâtre, sans odeur ni saveur, peu et lentement soluble dans l'eau, qui n'en dissout que la quantité strictement nécessaire pour anesthésier suffisamment, et, d'autre part, l'absorption en est si peu rapide que l'analgésie, une fois obtenue, persiste de plusieurs jours à plusieurs heures.

Cette action s'exerce sur les muqueuses saines et les pertes de substance, mais non sur la peau saine ou les muqueuses indurées.

Si les propriétés ci-dessus attribuées à l'orthoforme étaient entièrement vérifiées, ce médicament serait d'un secours inappréciable, notamment en oculistique et en nasologie : il remplacerait en effet la cocaïne dans le coryza réflexe vaso-moteur, l'asthme nasal et la fièvre des foins.

M. Lichwitz a publié à ce propos trois observations intéressantes : nos propres expériences ne nous ont pas encore permis de les confirmer, ou non.

Morel-Lavallée.

PETITE CHRONIQUE

Le concours d'agrégation vient de prendre fin. Il a abouti à la nomination de plusieurs jeunes gens d'une valeur incontestable ; qui seront autant d'excellentes recrues pour notre enseignement supérieur. Il a laissé de côté, comme toujours, un nombre au moins égal de sujets de valeur sensiblement pareille, qui n'ont pas « amené » la bonne question : c'est dans l'ordre. Il ne saurait y avoir autant de places qu'il y a de gens dignes de les occuper, et plus l'encombrement des concours, plus la concurrence dans les professions libérales iront en augmentant, plus il en sera de même. C'est une affaire entendue.

Le procédé de sélection adopté donne-t-il mathématiquement comme gagnants les sujets meilleurs? Ceci est une autre question, et cette fois encore — puisque cela devient une habitude — il y a eu des critiques formulées dès le début même du concours, comme dit l'autre, « avant que les chandelles fussent allumées. »

Il faudrait pourtant s'entendre. S'il est démontré que le concours est une chose si abominable, il faut faire connaître ce que l'on pourrait lui substituer de meilleur; s'il est acceptable, même comme pis aller, il serait temps d'en finir avec des critiques qui sont blessantes pour toutes les générations antérieures de maîtres qui ont vu le jour grâce au système en vigueur.

En France, le respect de la chose jugée s'en va, avec bien d'autres respects, ce qui n'est là qu'une forme de la méfiance croissante que nous éprouvons les uns pour les autres, suivant la formule de Prudhon, pour qui démocratie était synonyme de jalousie.

En résumé, nous avons désappris la résignation. J'admets que ce soit une conquête de l'individualité, mais il faut nous préparer à en accepter les résultats. Jadis nous avions un pouvoir absolu tempéré par des chansons, car la blague a toujours été d'essence française. Aujourd'hui nous avons des institutions quasiment inamovibles, tant est lente notre évolution administrative, tempérées par une critique immodérée, mais parfaitement inefficace. Chaque année, on annonce que le concours d'agrégation a vécu ; les candidats malheureux protestent de

plus en plus fort. Il n'y a d'ailleurs de changé, chaque fois, que les noms des protestataires.

Il faut ajouter qu'au Bureau central, le même vent de protestation s'est élevé, et qu'on est même allé jusqu'à nommer une commission chargée de préparer une réforme. Nous voilà donc tranquilles pour quelques années.

A l'avant-dernier concours d'agrégation, les candidats malheureux avaient adressé un recours au Conseil d'Etat, simplement. Cette fois-ci, on a fait courir le bruit que les favoris avaient été laissés seuls devant le jury, les autres ayant abandonné la partie dès la première épreuve. Le président du jury, le professeur Bouchard, dut même adresser à un journal qui s'était fait le porte-paroles de cette bonne nouvelle, une lettre de protestations où très justement il faisait remarquer qu'une trentaine de candidats ayant continué leurs épreuves, on pouvait difficilement considérer le concours comme abandonné. Je me suis laissé dire que les choses avaient été en réalité beaucoup plus curieuses encore : c'est d'un candidat refusé à l'admissibilité, bien que désigné au début comme grand favori, que je tiens la chose : elle n'est ainsi guère suspecte. Un des maîtres les plus éminents du jury. (mettons le plus éminent, ce qui permettra ainsi à chacun de croire qu'il s'agit de lui), aurait dit au début à ses collègues : « Nous allons faire un concours absolument régulier et d'une justice rigoureuse. Nous oublierons ce que vaut chaque candidat, en dehors de ce qu'il va nous apporter. Nous le jugerons sur ses épreuves, sur leur valeur intrinsèque et pour commencer, nous ne tiendrons aucun compte de ses travaux antérieurs. »

C'était logique, et de fait, l'épreuve dite « sur titres » se trouva supprimée. A moins de faire comparaître des candidats masqués et parlant dans un porte-voix, on ne pouvait faire davantage comme élimination des coefficients personnels des candidats. En tout cas, l'innovation était intéressante, même à titre expérimental Le résultat fut curieux et très démonstratif. Comme les questions étaient tirées au sort, et qu'elles étaient de difficulté forcément inégale, l'influence du hasard se fit aussitôt sentir. D'excellents candidats ne purent tirer d'un sujet inférieur que des résultats assez maigres. Des candidats inférieurs ayant amené comme question leur sujet de thèse, furent extraordinaires, et l'on crut un moment que la victoire serait pour un outsider, à la stupéfaction générale.

Si les choses se sont vraiment passées ainsi, le maître qui prit cette initiative était homme d'esprit, et la chose ne me surprend pas, car j'ai son nom au bout de ma plume. Il n'était pas possible en effet de dire plus clairement que là, comme ailleurs, le *Summum jus* était le *Summa injuria*. Je crois l'avoir dit ici-même, j'aime encore mieux voir le jury trahir l'influence des maîtres de certains candidats que fonctionner avec l'impassibilité d'une machine à calculer. Après tout, le candidat qui a su gagner l'estime de son chef, d'un homme de valeur et qui s'y connaît en élèves, croyez-le bien, ce candidat-là est déjà quelqu'un. C'est une sélection préalable que celle-ci et non des plus mauvaises, car elle est faite par un homme qui a vu le sujet à l'œuvre tout à son aise pendant une année et souvent bien davantage. A qui ferez-vous croire que le maître soutiendra un candidat indigne de tout intérêt scientifique et s'engagera à fond pour un sujet sans valeur? En dehors d'une petite question personnelle d'amour-propre, bien légitime au fond, quel sentiment inavouable et vil trouvez-vous donc dans le fait du maître soutenant ses élèves? Préférez-vous les hasards d'un bon tirage au sort, dont il vous faudra accepter d'avance les résultats, dût le vainqueur n'être qu'un adroit gymnaste, brillant parleur, la mémoire bourrée de bibliographie, incapable de toute œuvre personnelle? Croirez-vous avoir vraiment accompli un grand progrès, le jour où vous aurez fait rayer des éléments d'appréciation en cause, la connaissance de ce que vaut l'homme en dehors de la minute où il a parlé, improvisé même, sur un sujet d'aventure?

Eh! mon Dieu! les hommes sont des hommes! Il se glissera bien parfois une étoile de seconde grandeur dans le ciel des élus ; mais au fond, pensez-vous qu'on en pourrait citer beaucoup, dans notre brillant corps d'agrégés, qui soient réellement indignes de la fonction qu'ils remplissent? Je vais plus loin. Prenez les plus brillants et recherchez comment ils ont concouru : je vous affirme qu'il y en a un bon nombre, qui, si leurs maîtres ne s'en étaient mêlés, seraient restés sur le carreau...

Allons bon! voilà que je vais me faire... empoigner, bien sûr, par quelque pur de notre corporation! C'est que nous avons des hommes de bronze, depuis quelque temps parmi nous, et j'ai peut-être eu tort de vous dire tout bonnement ce que je pensais de ce fameux « Piston », à la fois terreur et espoir de notre belle jeunesse. Heureusement, ô purs, l'auteur de ces lignes n'a jamais été candidat à aucun concours et ne le sera jamais!

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Le Dr Benoît, notre excellent collaborateur, vient d'être nommé officier d'Académie.

L'affaire Laporte. — Notre confrère a comparu en appel vendredi dernier. Le jugement a été remis à huitaine. L'avocat général a abandonné l'accusation, non pour les raisons présentées par la défense et le Pr Pinart, mais pour des considérations presque identiques à celles que faisait valoir dans sa dernière *Chronique* notre collabo-ateur le Dr Diogène, c'est-à-dire qu'il a attribué à Laporte les lésions produites, mais en l'en reconnaissant excusable. Tout fait donc espérer l'acquittement.

Un magnétiseur condamné. — Contrairement à la jurisprudence établie par le tribunal d'Angers dans l'affaire Moureaux, le tribunal correctionnel de Lille vient de condamner le magnétiseur Laigneaux à 100 francs d'amende. Voici quelques-unes des dispositions du jugement :

« Attendu qu'il résulte de l'enquête et des débats la preuve que depuis moins de trois ans, à Lille, Laigneaux a annoncé au public qu'il guérissait par le magnétisme toutes les maladies incurables par la médecine, telles que tuberculose, hystérie, etc. ;

« Que, dès sa première entrevue avec les personnes venues pour le consulter, il faisait indiquer par une femme endormie la nature des maladies dont il les disait atteintes, ainsi que le nombre de séances nécessaires au traitement;

« Qu'ensuite, à chacune de ces séances, il pratiquait sur ces personnes, qu'il faisait le plus souvent déshabiller jusqu'à la ceinture, des passes magnétiques et tentait par ce moyen d'obtenir leur guérison ;

« Qu'en agissant ainsi, il a manifestement pris part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ;

« Qu'à tort se fondant sur les observations présentées à la Chambre des députés par le rapporteur de la loi de 1892, il soutient que cette loi ne s'appliquerait pas à ceux qui pratiquent l'art de guérir à l'aide du magnétisme seul.

« Attendu, en effet, que lesdites observations ne peuvent prévaloir contre les termes nets et précis de la loi ;

« Qu'on ne saurait, par voie de simple interprétation, ajouter au texte une distinction qu'il ne comporte pas ;

« Qu'il peut d'autant moins être suppléé au silence de la loi sur ce point, que la jurisprudence a toujours considéré, jusqu'en 1892, le traitement des maladies, à l'aide du magnétisme, comme un fait d'exercice illégal de la médecine ;

« Qu'il eût suffi au législateur de modifier les termes de la loi nouvelle pour faire cesser cette interprétation ;

« Que loin d'agir ainsi, il leur a maintenu l'acception la plus étendue ;

« Que les faits commis par le prévenu constituent dès lors le délit prévu et réprimé par les art. 16 et 18 de la loi du 13 novembre 1892, etc. »

Mensonges devant la justice. — Au commencement de cette année, une fille était arrêtée avec son amant, d'après des rapports de police, pour complicité dans des manœuvres abortives qui auraient été pratiquées, au cours de trois grossesses, sur cette fille, par Mme Leclerc, sage-femme de la ville, honorablement connue. Au cours de l'instruction, la fille maintient l'exactitude des faits relatés par l'acte d'accusation, et la sage-femme, malgré ses dénégations formelles et réitérées, est jetée en prison. L'affaire est appelée dernièrement devant la cour d'assises de Coutances. Aux premières questions du président, la fille fait la réponse suivante : « Tout ce que j'ai dit est un tissu de mensonges. J'ai raconté cette histoire pour me venger de mon amant qui m'avait promis le mariage, et aussi de Mme Leclerc qui engageait mon amant à rompre avec moi. » Et elle ajoute que la police et les magistrats eux-mêmes l'ont poussée à porter toutes ces accusations contre les codétenus.

Le Dr Renaut, appelé comme expert par le juge d'instruction, déclare « que les désordres constatés sur la fille accusée ne peuvent être attribués d'une façon directe à des manœuvres abortives ». Le Dr Rouffet, contre-expert de la défense, « conclut très hardiment qu'il n'y a eu ni avortement, ni homicide par imprudence ». On apprend de plus que ce serait avec un agent de police que l'accusée et une de ses amies auraient combiné cette histoire.

Enfin le 8 octobre, à onze heures du matin, le verdict du jury est rendu. Il y a acquittement

général. Mme Leclerc n'en a pas moins *fait cinq mois de prison préventive!* Elle a perdu au moins 5,000 francs, sans parler du préjudice fait à sa considération! Le juge d'instruction qui a présidé l'affaire vient d'être nommé ces jours-ci à un poste qui constitue un véritable avancement. Sans commentaires, n'est-ce pas?

Les dangers du chemin de fer. — Il ne s'agit pas ici des tamponnements, déraillements et autres incidents de route dont le *block system* est censé nous préserver, mais des dangers de la contagion morbide dont il serait bon d'avoir quelque souci. En France, on n'y songe guère, et il est peu probable que l'idée même puisse venir à une de nos Compagnies de poursuivre un voyageur pour le fait suivant, jugé récemment en Angleterre.

Un jeune homme employé chez un drapier de Swaffham tombe malade, et, au bout de quelques jours, prend le train pour se rendre chez lui à Ipswich. Sa mère fait venir un médecin qui le déclare atteint de scarlatine.

Instruite de la chose, la Compagnie *Great Eastern* intente un procès au malade pour avoir, contrairement à la loi, voyagé sur ses lignes étant atteint d'une maladie infectieuse.

Le prévenu a vainement argué qu'il n'avait pris le train qu'avec l'autorisation de son médecin de Swaffham. N'ayant pu fournir les preuves, il a été condamné à 20 shillings d'amende et aux dépens, qui se montaient à 1 livre 15 shillings.

On se demande, si le malade avait pu montrer l'autorisation de son premier médecin, qui le tribunal aurait déclaré responsable.

Mais, pour en revenir à ce qui nous concerne, existe-t-il en France une loi, un arrêté, un règlement qui interdise à un sujet atteint de scarlatine, de variole ou de toutes autres maladies contagieuses de monter dans un wagon de chemin de fer? (*Méd. mod.*)

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie et pathologie de la sécrétion gastrique, *suivies de la technique complète du cathétérisme de l'estomac et de l'examen méthodique du liquide gastrique*, par A. Verhaegen, assistant à la clinique médicale de Louvain, n° 6 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur). Une brochure in-8°, Masson et Cie, éditeurs. — L'introduction de la sonde dans l'étude du suc gastrique a rendu plus exacte la connaissance des états morbides de l'estomac et plus rationnelle l'intervention thérapeutique. La présente monographie met précisément au point tous les progrès réalisés dans le domaine particulier de la pathologie du tube digestif; elle constitue le complément indispensable au chapitre « Maladies de l'estomac » de nos grands traités de médecine.

M. Verhaegen a réuni dans un exposé clair et concis toutes les découvertes pathologiques et thérapeutiques concernant l'estomac. Il fait justement précéder l'étude des maladies gastriques par une ample description de la physiologie normale des sécrétions stomacales. Il y retrace les notions les plus récentes sur les glandes de l'estomac, sur les éléments constitutifs du suc gastrique, la pepsine, le ferment ou caséase et le mucus. Il passe ensuite à l'examen de la nature de la sécrétion gastrique et du processus digestif. Il explique ce qu'on doit entendre sous le nom d'acidité totale et d'acidité absolue du suc gastrique et en étudie les variations suivant les différentes phases de la digestion. La durée de la digestion gastrique en ce qui concerne certains aliments fait l'objet d'un chapitre spécial.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur reprend la question des sucs gastriques, bouleversée par les travaux de Hayem et décrit chaque cas en particulier avec la clinique et le traitement qu'il comporte. Enfin la dernière partie est entièrement consacrée à la technique de l'examen de l'estomac. Le lecteur y trouvera réunies toutes les méthodes actuellement en usage en France et à l'étranger pour l'examen de la *sécrétion gastrique* et de la *motilité de l'estomac*. Le praticien pourra réaliser très facilement l'examen préconisé du liquide de l'estomac en se conformant aux règles très simples et très pratiques exposées minutieusement par M. Verhaegen. Le cathétérisme de l'estomac est étudié dans tous ses détails.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imp. Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes officiels. — Le Conseil général de la Seine vient de nommer une commission pour examiner les différentes questions intéressant l'hospitalisation des aliénés, tant au point de vue des vœux à émettre que des résolutions à prendre. Elle est composée, hors les membres de droit, de tous les médecins titulaires et adjoints des asiles de la Seine, du professeur de clinique des maladies mentales, et de MM. Terrier et Picqué (pour la chirurgie), Nocard et Miquel (pour le projet d'un laboratoire central des asiles) et Colin (pour les aliénés criminels).

La même assemblée a, par une délibération en date du 29 décembre 1897, invité l'administration à ouvrir des conférences avec le directeur de l'Assistance publique et avec le doyen de la Faculté de médecine de Paris pour étudier le transfert de la clinique de Sainte-Anne à la Salpêtrière et pour organiser un stage obligatoire de trois mois dans un service de médecine mentale, que devrait faire tout candidat au doctorat.

Le nombre des élèves inscrits à la Faculté de Paris et en cours d'études. — D'importantes modifications se sont produites dans le nombre des élèves inscrits et en cours d'études; nombre dont la diminution est sensible, grâce, d'une part, à l'exode si malheureusement provoqué, et si regrettable, à tous égards, des étudiants étrangers; d'autre part et surtout, grâce à la sévérité des examens du P. C. N. et de l'attribution du certificat d'entrée et d'inscription pour les études médicales proprement dites. Il n'y a eu, en effet, guère plus de 50 0/0 d'admission, cette année, à ce certificat, ce qui réduit singulièrement le nombre des entrées scolaires, et doit certainement contribuer, pour une bonne part, au désencombrement si désirable de la carrière : c'est là, sans contredit, un des meilleurs moyens de réaliser ce but, car il est, par excellence, de ceux qui sont, en même temps, les plus propres à renforcer les études médicales.

Pour ce qui est des étrangers, l'annulation récente du malencontreux décret qui interdisait leur admission à la Faculté de Paris va nécessairement changer l'état des choses à cet égard, et nous verrons, espérons-le, se renouveler la fréquentation de notre Ecole et de nos laboratoires par des candidats dont la présence et la participation à notre enseignement ne peuvent que faire honneur à notre pays.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons, et nous nous empressons de le faire, compléter les premiers renseignements par les suivants, qui ne manquent pas non plus d'intérêt.

Nous avons compté 4,837 élèves en cours d'études : or, sur ce nombre, il y a 3,982 Français et 855 étrangers, soit 21 étrangers pour 10 Français.

Sur les 3,982 Français, il y a 26 femmes. Les 855 étrangers comprennent 718 hommes et 137 femmes : ce qui montre — ce que nous savions déjà — que les élèves femmes sont surtout fournies par l'élément exotique.

Relativement aux étrangers, la proportion, comme nous l'avions fait pressentir, s'est sensiblement modifiée : en effet, sur 724 étudiants nouvellement entrés, il y a 680 Français et 44 étrangers : ce qui réduit la proportion à 6 0/0. Nous espérons encore un coup — et nous le souhaitons vivement — qu'elle ne tardera pas à remonter.

Il est intéressant de constater la répartition proportionnelle des étrangers, selon le pays auquel ils appartiennent : sur les 855 étrangers actuellement en cours d'études, la Russie en fournit, à elle seule, 273, soit 146 hommes et 127 femmes (sur les 137 au total).

Viennent ensuite et par degré : la Turquie avec 136 élèves; la Roumanie avec 104 ; la Grèce avec

42; l'Amérique du Sud 47; les Antilles 40; la Suisse 25; les Etats-Unis 10; l'Allemagne 14; le Portugal 14; l'Italie 12; l'Angleterre 10.

Quel est l'état d'inscription des 44 étrangers actuels ?

Régulièrement inscrits 6, dont 5 pourvus du baccalauréat ès lettres et du certificat d'*études physiques*, chimiques et naturelles (remplaçant le nouveau baccalauréat); et 1 déjà officier de santé.

Les 30 restant ont obtenu des dispenses ou des équivalences, savoir :

25, la dispense complète des baccalauréats et des certificats d'études physiques, chimiques et naturelles ;

10, la dispense du baccalauréat ès lettres;

3, des équivalences de leurs diplômes étrangers avec nos baccalauréats.

L'on voit que 39 des 44 étrangers étaient dépourvus de baccalauréat.

Mais il convient, et nous nous empressons de noter que, grâce à la création récente de deux diplômes, l'un professionnel, l'autre purement universitaire, *honoris causâ*, les susdits étudiants étrangers, non régulièrement inscrits, simplement pourvus d'équivalences et non du baccalauréat, ne pourront avoir le droit d'exercer en France : ce dispositif légal, qui s'est fait trop longtemps attendre — comme il est de coutume chez nous, pour toute mesure désirable et vraiment justifiée — met bien, comme on le voit, les choses au point, en ce qui concerne notre régime scolaire appliqué aux étrangers. (*Tribune médicale.*)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DU VARICOCÈLE

par le Dr Auguste Benoit

Assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Lariboisière.

Nous nous proposons de traiter aujourd'hui une question qui a fait, dans ces dernières années, un pas si décisif, que l'on ne saurait de longtemps rien ajouter à ce que vient de nous apprendre l'observation des faits opératoires nombreux pratiqués sous le couvert de l'aseptie. Le varicocèle n'est plus cette affection singulière dont les classiques nous ont offert la description, aux manifestations capricieuses, origine des troubles névropathiques les plus curieux. S'il y a toujours lieu de considérer des varicocèles douloureux, quoique de petit volume et des varicocèles indolents ou simplement gênants, quoique volumineux, il s'agit là, d'un *même trouble fonctionnel* de l'appareil veineux spermatique empruntant dans le premier cas, chez les neurasthéniques, un aspect symptomatique particulièrement bruyant, qui lui avait fait donner le nom de varicocèle irritable. Ainsi que le font remarquer MM. Forgue et Reclus, c'est le malade qui est irritable et nous aurons à en tenir compte dans le choix des moyens curatifs qui est le but de cette étude.

Mais nous devons auparavant dire quelques mots de l'étiologie de cette affection qui se trouve étroitement liée au traitement.

D'innombrables écrits ont été publiés sur la pathogénie du varicocèle. Beaucoup exposent des théories mécaniques ingénieuses, autant que superflues, sans insister suffisamment sur les véritables causes dont l'influence est si manifeste, qu'on se demande pourquoi tant de talent fut dépensé en vain. Nous laisserons complétement de côté le varicocèle symptomatique d'une tumeur abdominale comprimant les veines spermatiques, pour ne nous occuper que du varicocèle primitif, survenu spontanément. Eh bien, nous ne craignons pas d'avancer que l'immense majorité des varicocèles est d'origine génitale, que cette lésion est un trouble fonctionnel atteignant une des parties de l'appareil sexuel et qu'il faut réduire à deux les nombreuses causes efficientes qui ont été invoquées : excès vénériens et station verticale prolongée.

Cette dernière a été signalée par tous les auteurs même les plus anciens; quant à la première infiniment plus fréquente, son importance éclate depuis que l'on connait les excellents résultats de la résection du scrotum. Ce sont là des phénomènes d'ordre purement mécanique. Qu'il s'agisse de coït, de masturbation, d'actes génitaux non suivis du repos physiologique nécessaire, le scrotum se relâche et devient insuffisant pour soutenir les testicules alourdis par des congestions répétées. Le cordon s'allonge, les parois des veines s'amincissent, et se laissent distendre par le courant sanguin, pendant que s'établit

l'insuffisance valvulaire, qui permettra aux lésions de devenir définitives. Les preuves abondent : c'est de vingt à vingt cinq ans qu'apparait le varicocèle, c'est-à-dire pendant la période des prouesses génésiques, accomplies par des sujets soumis pendant la vie active, aux exercices physiques qui comportent la station verticale prolongée Tous les auteurs mentionnent les abondantes statistiques qui ont été recueillies par les médecins militaires sur les jeunes recrues ; mais ils partent de là pour construire des hypothèses que l'on à peine à croire sérieuses, et dans lesquelles on prête un rôle néfaste à la contraction de certains groupes musculaires, à la contriction des courroies du sac et autres choses tout aussi invraisemblables. N'est-il pas plus simple et plus vrai de considérer que nos confrères de l'armée observent sur des sujets dont l'âge correspond précisément à la période d'apparition du varicocèle et qui sont soumis par surcroît à des conditions de vie qui favorisent particulièrement, chez les plus faibles, l'éclosion de la maladie ? En vérité, le varicocèle se montre parfois chez l'enfant. (Landouzy, Curling) ; mais c'est fort exceptionnel. Son apparition primitive dans un âge avancé est encore plus rare, mais, s'il existait déjà, il ne fait que s'accroître avec les progrès de l'âge. La cause à laquelle nous accordons le principal rôle ne satisfait pas tous les auteurs : « Le fonctionnement exagéré de l'appareil génital », dit M. Escat (de Marseille) (1) 1898) ne peut être invoqué comme cause déterminante du varicocèle : il n'est pas rare de le trouver chez les dégénérés impuissants depuis plusieurs années et sans que cette période d'impuissance ait été précédée d'excèss exuels. » Tout en faisant une large part aux conditions diverses d'ordre purement mécanique, susceptibles de produire le varicocèle par fatigue et relâchement du scrotum, chez tous les sujets en général, nous nous demandons, en ce qui touche els dégénérés auxquels il est fait allusion plus haut, par quelles voies notre confrère a pus 'assurer qu'il n'y a pas eu excès génésiques en particulier excès de masturbation ayant précédé, sinon causé cette impuissance.

Une question se pose : le varicocèle n'est-il pas, comme la plupart des varices, sous la dépendance de l'*arthritisme* ? On peut répondre hardiment par la négative : on voit très rarement coexister le varicocèle et les varices des membres. En outre, la plupart des signes de la diathèse font absolument défaut. D'ailleurs Perier, Curling ont fait observer la différence anatomo-pathologique profonde qui sépare les varices spermatiques des varices vulgaires. Dans le premier cas, les parois sont bien moins altérées : elles s'amincissent et ne forment pas de tumeurs pseudo-anévrysmales. Signalons enfin la théorie émise récemment par M. Escat (2), qui se montre disposé à ranger le varicocèle parmi les stigmates de dégénérescence. Pour lui, ce serait un trouble embryonnaire, le plus souvent associé à un déséquilibre mental, dont il a eu souvent l'occasion de faire la remarque à la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker ; Magnan avait de son côté indiqué la nécessité de rapprocher l'asymétrie morphologique du déséquilibre cérébral. Cette conception nous paraît viser des cas très spéciaux et, en ce qui nous concerne, nous n'avons pas vu ces troubles mentaux excéder l'hypocondrie, de tous temps notée chez les hommes porteurs d'une malformation génitale plus ou moins dissimulée. Le varicocèle ne nous semble pas à cet égard mériter une place à part. Cette affection, c'est un fait établi, est beaucoup plus fréquente du côté gauche ; la condition défectueuse de la circulation veineuse de la veine spermatique gauche, qui s'abouche à angle droit dans la veine ; rénale, le volume plus grand normalement du testicule gauche, sont des raisons qui s'imposent ; mais nous y joindrions volontiers avec M. Charpy (de Toulouse) et M. Escat,

(1) *Presse Médicale*, 5 février, 1898.
(2) Loco citato.

l'hypothèse d'une anomalie, d'un trouble de développement du sytème veineux, jouant le rôle de cause prédisposante. Pendant la vie embryonnaire, il se produit des atrophies portant sur le côté gauche, à la suite desquelles le système veineux devient asymétrique Le côté de moindre résistance se trouve atteint d'une « véritable aplosie des tuniques veineuses, un « défaut d'étoffe veineuse », d'ou l'aplasie et l'allongement, qui ne se manifesteront qu'à lépoque de la puberté, ainsi que le font les hernies congénitales.

Le varicocèle peut être efficacement combattu par un ensemble de moyens plus hygiéniques que médicaux; il peut être guéri radicalement par une intervention opératoire des plus simples. La plupart des auteurs recommandent de commencer toujours par employer les premiers, qu'ils désignent sous le nom de traitement palliatif. Le conseil est sage, s'il s'agit d'une simple tendance aux congestions périodiques des veines du cordon, avec pesanteur douloureuse et abaissement du testicule; il est d'autant meilleur qu'on peut avoir la prétention légitime, dans ce cas seulement, d'empêcher le mal de s'accroître et même de le faire rétrocéder. Mais cette façon de voir est inacceptable, en ce qui touche les varicocèles déjà volumineux et assez anciens; on ne saurait laisser voués à cette infirmité des sujets jeunes et vigoureux, lorsqu'on a le pouvoir de la faire disparaître sans leur faire courir de danger sérieux. Le *traitement* dit *médical* ne convient donc qu'aux varicocèles observés à une période rapprochée du début.

En quoi consiste-t-il et comment devons-nous l'appliquer?

Q'on nous permette auparavant de dire quelques mots de moyens qu'il convient d'employer à titre préventif. Seront plus particulièrement astreints à ne pas les négliger ceux qui ont des varicocéleux parmi leurs ascendants, car le varicocèle est héréditaire (Blandin) ainsi que la hernie, ceux que leur profession ou la nature de leurs occupations oblige à se tenir longtemps debout ou a accomplir des efforts répétés. Le premier de ces moyens, celui qui a été considéré à tort comme unique, dans le traitement palliatif du varicocèle confirmé, n'est autre que le port *intermittent* d'un suspensoir bien adapté à la dimension des bourses. Il importe peu qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas des liens formant sous-cuisses, pourvu que les bourses soient bien enveloppées,, sans aucune tendance à s'échapper en arrière, pendant la marche. Cet appareil de soutien sera appliqué *pendant la saison chaude* et en prévision de fatigues anormales à subir. Les fatigues génésiques produisent un relâchement considérable du srotum chez certains sujets; la marche succédant immédiatement à l'accomplissement du coït est encore une cause prédisposante des plus actives, sur lesquelles nous appelons l'attention. On conçoit en effet que, dans ces conditions souvent renouvelées, le poids du testicule se fasse sentir sur son appareil suspenseur (fibres dartoïques et cremasteriennes), fatigué par des contractions répétées.

Dans tous ces cas, le port intermittent d'un suspensoir fait partie de cet ensemble de précautions qui s'imposent dans les conditions de notre vie actuelle et sans que l'on puisse nous accuser de vouloir corriger la nature. Mais il ne faut pas se borner là; si l'on veut éviter la stase veineuse et sauvegarder la tonicité des fibres musculaires, on doit avoir recours à l'*hydrothérapie*. Celle-ci doit être pratiquée sous une forme qui convienne à chacun, depuis la simple lotion froide quotidienne, jusqu'aux douches générales suivies de friction sèche. Combien peu de sujets savent s'y astreindre, non seulement dans les campagnes, mais encore dans les grandes villes, où l'inobservance de ces élémentaires règles d'hygiène est souvent suivie des plus fâcheux effets.

C'est également avec ces procédés que l'on doit traiter le varicocèle au début, ainsi que le varicocèle de petit volume qui aura été négligé et lorsqu'il commence à devenir gênant. Il est clair que dans ce cas, le port du *continu* suspensoir deviendra indispensable

en été. Le *massage* des bourses, que le malade peut exécuter le matin et le soir, couché sur le dos en comprimant légèrement la tumeur veineuse, les bourses étant tenues en position élevée ; puis consécutivement à cette manœuvre des ablutions froides, des douches ascendantes locales en jet brisé fin, la sobriété dans les rapports sexuels seront joints aux moyens précédents. On a conseillé de faire dissoudre quelques grammes de poudre de tannin dans l'eau servant chaque jour aux ablutions. Enfin, malgré son action incertaine nous conseillons aussi l'administration à l'intérieur d'extrait fluide d'hamemelis virginica, à la dose d'une cuillerée à café par jour, mélangé ou non à de la glycérine anglaise. Nous connaissons tels malades qui ont vu leur tumeur scrotale rétrocéder et ont pu abandonner petit à petit le port du suspensoir, auquel ils n'ont plus recours qu'exceptionnellement. On voit par là que les idées que nous avons exposées ne sont pas purement théoriques et que le traitement dit palliatif, si nous le limitons aux cas sur-énoncés, peut être ainsi *curatif*.

Nous arrivons maintenant au traitement opératoire. Nous ne sommes plus au temps où celui-ci nous était présenté comme exceptionnel. Il en est de cette opération comme de bien d'autres : le danger étant positivement nul, pour qui sait appliquer les règles de l'aseptie, nous pouvons dire qu'il n'existe pas de contre indication formelle, La facilité d'employer l'anesthésie locale vient encore étendre les indications de la cure chirurgicale du varicocèle. Néanmoins il y a des cas où l'intervention du chirurgien s'impose. Il en est d'autres dans lesquels elle peut être différée ou simplement proposée ; l'abstention enfin, paraît préférable chez un petit nombre de malades.

Le traitement opératoire du varicocèle consiste dans la *résection du scrotum* comqinée ou non avec la ligature ou l'*excision de veines dilatées*.

Voici un varicocèle plus gros que le poing, qui occasionne par son volume une pesanteur douloureuse, qui s'accroît avec les fatigues et n'est pas soulagée par la suspension des bourses. Les paquets variqueux transparaissent à travers les téguments et le paltation les suit de l'anneau ingunial externe jusqu'à la queue de l'épididyme, Voilà tel autre malade porteur d'un varicocèle de volume égal, ou même moindre, mais dont le *testicule* subit une *atrophie progressive*. Ces deux cas nous fournissent un exemple de tumeurs varicocèleuses dans lesquelles il *faut* opérer. Grâce à une résection suffisante de la peau des bourses, combiné à l'excision des veines, on aura supprimé une gêne considérable chez le patient et l'on aura conjuré l'atrophie testiculaire menaçante. En dehors de cette dernière et importante indication, qu'il est toujours aisé d'apprécier, on voit que le *volume* du varicocèle doit être l'un des principaux symptômes sur lesquels nous devons nous guider pour intervenir. Il existe là en effet un danger réel pour l'avenir, sans compter les troubles psychiques si connus qui peuvent survenir, et l'on ne saurait rien attendre de favorable de l'emploi d'une autre méthode. On pourrait nous objecter que l'élément douleur, même avec une tumeur de petit volume suffit à autoriser l'emploi de la méthode sanglante. Or, nous allons le voir, ces malades doivent au contraire nous inspirer une juste méfiance, au point de vue de l'efficacité de notre intervention. La résection scrotale convient encore aux varicocèles moyens, ou simplement prononcés lorsque la laxité des bourses en est la cause évidente. Elle sera d'autant plus facilement exécutée que l'on n'aura pas à la compliquer d'une action directe sur les veines. Ici, nous devons le dire l'opération n'est pas indispensable ; elle ne saurait être entreprise qu'avec l'agrément ou sur la demande du patient, après qu'on lui aura déposé les avantages de l'opération qui supprime des craintes sérieuses pour l'avenir. S'il refuse on ne se laisse pas convaincre, on l'abandonnera aux soins palliatifs qui s'oppose-

ront tout au moins aux progrès du mal. On a cependant le droit d'insister auprès des malades jeunes, ceux-ci ayant un intérêt majeur à faire disparaître cette infirmité précoce (service militaire, équitation, mariage). On tiendra compte également de la *profession* du malade, ainsi que de sa *situation sociale* Le même varicocèle apporterait une entrave sérieuse à l'exercice de certains métiers, qui serait facilement supporté par un homme riche, pouvant se livrer sans interruption aux pratiques d'hygiène que nous avons indiquées. Considérons enfin un sujet porteur d'un varicocèle de petit volume, qu'il prétend lui causer d'intolérables douleurs Le paquet veineux est à peine sensible et le poids de la tumeur semble incapable de produire ces tiraillements douloureux, qui sont de règle à des degrés plus avancés de la maladie. Ici nous pensons que l'opération est des plus discutables ; il est hors de doute que vous avez affaire à un névropathe, ainsi que vous pouvez vous en assurer en poussant plus loin votre interrogatoire. En l'opérant d'un varicocèle qui ne réclame pas d'intervention, sans doute vous pouvez compter sur un effet suggestif favorable. Mais ce même effet, vous l'obtiendrez par tout autre moyen plus anodin et vous éviterez les récriminations qui suivront l'insuccès opératoire. Telle est pour nous, avec le varicocèle du début, curable par la thérapeutique que nous avons exposée, la seule contre-indication au traitement opératoire. Celui-ci « peut» ou «doit» être pratiqué dans tous les autres cas. Nous sommes loin de l'opinion exprimée par Trélat et Le Fort, qui estimaient que le varicocèle ne devait jamais donner lieu à une intervention. Bien que le plus grand nombre des chirurgiens professe les idées que nous venons d'émettre, il en est peu qui aient une règle de conduite bien arrêtée sur ce sujet, Cela tient à ce que le varicocèle s'observe presque uniquement dans les services spéciaux et que les malades de la ville échappent le plus souvent au chirurgien et se condamnent d'eux-mêmes au suspensoir. Aussi avons-nous pensé qu'il n'était pas inutile d'exposer la manière d'intervenir pour obtenir de bons résultats, constatés à la longue échéance. C'est ce que nous avons pu faire, grâce à notre passage dans le service de notre regretté maître Horteloup ; depuis nous avons eu l'occasion de simplifier et de modifier notre pratique, sur des malades qui ont été revus plusieurs années après l'opération.

« La résection du scrotum », suffit dans beaucoup de cas. C'est à elle qu'il faut donner sans hésiter la préférence, pour peu que l'on n'éprouve pas bien nette, le malade étant examiné après quelques heures de marche, cette sensation de paquet de vers, ou d'intestin de poulet qui est si caractéristique. L'induration des parois veineuses, une fois la tumeur exprimée doit être recherchée avec soin ; c'est elle qui garantit l'opérateur contre les déceptions d'une recherche vaine, les dilatations variqueuses fuyant sous le bistouri lorsque le malade est couché sur le dos. Elle le prévient aussi contre le danger que comporte la séparation laborieuse des anses dilatées, à savoir la blessure assurément redoutable, quoiqu'on dise, de *l'artère spermatique* et celle, plus facile à éviter, du *canal déférent*.

Lorsqu'on s'est décidé à faire simplement la résection du scrotum, c'est à la région du raphé qu'il faut sans contredit donner la préférence. Cette excision bilatérale, faite même pour un varicocèle simple, assure la symétrie morphologique et fixe la cicatrice à la place même du raphé médian. Laissant résolument de côté la description des différents appareils plus ou moins compliqués que l'on a imaginés pour faire cette opération, nous indiquerons ceux dont nous avons éprouvé l'excellence. Une large pince à pédicule suffit à faire une excellente résection. Si l'on n'en a pas une à sa disposition, on aura un résultat aussi régulier, en se servant de deux pinces également courbes, se réunissant par leurs becs au milieu de la base du segment scrotal à réséquer. Nous préférons cependant nous

servir du clamp simple et pratique imaginé par Horteloup. Signalons aussi la pince de Bazy, comme un bon instrument pour cet usage. L'anesthésie cocaïnique suffit parfaitement, l'opération étant de courte durée; le chlorethyleur, disposé en double bec, de part et d'autre des pinces pourrait à la rigueur rendre le même service. Que nous nous servions du clamp d'Horteloup ou d'une pince courbe à pédicule ovarien, nous avons totatement renoncé à comprendre dans le lambeau à réséquer autre chose que la *peau du scrotum*. On sait que Horteloup saisissait en arrière du cordon les veines postérieures, laissait fuir sous le doigt le canal référent, puis appliquait son clamp au-dessous des veines qu'il pensait voir ainsi comprises dans le pli du scrotum. Or sans parler du danger qu'il y a à agir ainsi à l'aveugle, nous devons dire qu'ayant tenu en mains des quantités de lambeaux après ces résections, nous les avons trouvés le plus souvent vides de vaisseaux. Ce qui nous porte à penser que l'excision veineuse accomplie par ce moyen était fréquemment illusoire et que la résection scrotale seule avait suffi à assurer les bons effets qu'il nous a été donné de constater. Au moment d'opérer, le chirurgien, placé à la gauche du malade, refoule les testicules vers l'anneau, les protège de sa main mise à plat et entre l'index et le médius, saisit et tire la peau des bourses bien étalée verticalement. La faisant maintenir de la main droite, il engage à fond sa pince courbe, qui emprisonne les tissus ; après avoir serré mollement, pour permettre d'égaliser le pli par quelques tractions, il serre à fond et abandonne sa pince. S'il se sert du clamp d'Horteloup, la position à droite ou à gauche du malade est indifférente, puisqu'on n'a pas à se préoccuper du manche de la pince. On coupe nettement la peau au ras de la face supérieure des pinces. Cela fait, avant de desserrer, détail fort important, on procède au passage des fils, crins de Florence ou soie, qui doivent assurer la suture.

Quelques chirurgiens conseillent d'étaler simplement la plaie opératoire très large ainsi créée et de lier les vaisseaux qui donnent; car l'hématome scrotal, souvent observé, est, comme on sait, l'un des écueils de l'opération. Tel n'est pas notre avis et notre façon de faire est à la fois très rapide et tout aussi sûre. Partisan de l'hémostase à ciel ouvert, en toute autre région opératoire, on a tant de peine à saisir les bords rétractés du scrotum pour les réunir, que nous avons cherché à éviter cette perte de temps, d'autant que l'anesthésie locale, que nous préconisons ici, commande une action rapide. Voici comment nous avons réglé, en ce qui nous concerne, ce temps de l'opération : après avoir passé rapidement des crins de Florence que l'on doit pas craindre de rapprocher beaucoup, en traversant le pli scrotal au ras du bord inférieur du clamp ou des pinces, on passe l'aiguille à un centimètre au-dessous de ce bord, en commençant par le haut et, après avoir entraîné un fil de soie, ou de catgut, de préférence au crin de Florence, on repasse l'aiguille à vide deux centimètres plus bas; un aide y passe l'extrémité opposée du fil que l'on vient de tirer à soi. Les deux chefs sont donc ramenés du même côté. On continue ainsi sur la même ligne et jusqu'en bas une série de points en U qui seront serrés modérément (c'est pourquoi nous n'employons pas le crin de Florence), afin de comprimer sans sectionner les tissus. Ces points étant noués, on peut alors enlever la pince, la plaie est presque exsangue ; on la nettoie à l'eau bouillie ou au sublimé et on serre rapidement un à un les crins de Florence superficiels, qui achèvent de fermer les veinules sous-cutanées susceptibles de donner du sang. La réunion doit être très soignée. Grâce à cette double ligne de sutures, l'une profonde, l'autre superficielle, nous avons toujours conservé une symétrie parfaite, sans avoir à redouter d'hémorrhagie. D'autres prétendent atteindre ce but en faisant un surjet. « Le surjet maintient parfaitement l'affrontement, dit M. Escat; l'aiguille doit prendre toute la tranche sectionnée ; lorsqu'on est au bout de l'inci-

sion on enlève la pince ou les clamps, et on tire sur le surjet; les points sont serrés suivant la rétractibilité du scrotum.» Nous n'avons pas mis en pratique cette façon de faire, mais à voir la peine que nous avons eue parfois à bien affronter les lèvres recroquevillées du scrotum en employant les points séparés, qui permettent cependant de soigner isolément tous les points de la réunion, nous jugeons qu'un rapide surjet doit donner résultat plus défectueux. Ici moins qu'ailleurs, le surjet ne convient à la réunion d peau, alors qu'il est toujours excellent pour celle des couches profondes. Notre deuxième ligne de sutures enserre plus surement les vaisseaux sectionnés qui pourraient échapper, lors de l'enlèvement de la pince et se dérober par suite à l'action constrictive du surjet.

Que si l'on a décidé de pratiquer l'*excision des veines*, en même temps que la résection scrotale, doit-on abandonner la ligne médiane pour faire, comme le conseille Guyon, une résection transversale en tranche de melon, au niveau même de l'incision sur le trajet des veines dilatées, pour avoir une seule et même plaie? Nous ne le pensons pas; sans vouloir attacher une importance excessive à ce point de vue « esthétique », l'on doit s'efforcer de dissimuler pour l'avenir l'action chirugicale accomplie dans cette région. Les incisions scrotales, nous dira-t-on, ne laissent que peu ou pas de traces au bout de quelques mois; c'est exact, et il est même remarquable de voir combien peu apparentes deviennent à la longue ces cicatrices, réduites à une simple ligne blanchâtre qui tranche peu sur la teinte foncée des parties environnantes, en même temps que la souplesee est absolue, si la plaie a été parfaitement aseptique. Mais si l'on peut répondre de l'aseptie absolue au moment même de l'opération, il est plus difficile d'éviter, dans cette région, l'infection superficielle et il est assez fréquent de voir, malgré tous nos efforts, quelques points suppurer légèrement. Il en résulte des rétractions cicatricielles persistantes. D'ailleurs, la résection scrotale portant d'un seul côté nous a paru déformer assez sensiblement l'aspect des bourses et c'est pourquoi nous préférerions encore la faire porter sur le raphé médian, ou, si le relâchement est plus prononcé d'un côté que de l'autre, faire un pli vertical. plus ou moins parallèle à ce raphé, comme le conseillait récemment, (1) M. Sébileau. Nous commençons donc par nous occuper des veines et nous terminons par la *résection scrotale au lieu d'election*. Quelques mots pour terminer, sur la technique opératoire de l'excision des veines. Une incision verticale parallèle au trajet du cordon et de trois à quatre centimètres d'étendue commençant à un bon travers de doig au-dessous de l'orifice inguinal externe suffit et ne laissera pour ainsi dire pas de traces. On traverse successivement la peau, le dartos, la couche celluleuse, les fibres du cremaster et une couche graisseuse dont l'épaisseur varie, au milieu de laquelle cheminent les veines funiculaires antérieures. C'est en arrière d'elles que descend l'*artère spermatique* dont il faut à tout prix éviter la blessure, malgré la suppléance que fourniraient, assure-t-on, la petite *artère différentielle* qui accompagne le canal déférent et l'*artère du cordon* qui descend au milieu du plexus des veines funiculaires postérieures. Eh bien, la blessure de ce vaisseau important sera d'autant plus facile à éviter, si l'on sait que la guérison du varicocèle est assurée par l'excision de quelques anses veineuses seulement où leur ligature, jointe à la résection scrotale, par laquelle on terminera. On est tenu à moins de ménagements, si l'action porte sur les veines postérieures; mais en avant du canal déférent, on se bornera à dissocier à la sonde cannelée quelques unes des veines les plus superficielles qui forment immédiatement hernie par la plaie de la tunique fibreuse et peuvent être excisées très facilement entre deux fils de soie ou de catgut. Le volume de ces vaisseaux, aux parois souvent hypertrophiées ne laisse place à aucun doute, ce qui est fort heureux, car l'artère spermatique n'est pas animée de battements sensibles soit à l'œil, soit au toucher, sans doute par suite du défaut de tension et par sa situation

(1) *Gazette Médicale 1897*

flottante dans les tissus. Mais elle est de *petit volume* et l'excisio ne doit porter que sur des vaisseaux manifestement hypertrophiés et altérés. D'ailleurs, l'excision de quelques anses veineuses suffit, nous le répétons, à modifier heureusement les conditions de la circulation locale et certains s'en tiennent même à la ligature, sans que leurs résultats soient inférieurs. Il y a intérêt cependant à alléger les bourses le plus possible et souvent même l'ablation de paquets variqueux superficiels *s'impose*. Nous n'avons pas parlé de la blessure possible du canal déférent, dont le volume et l'aspect sont trop caractéristiques pour qu'on puisse le méconnaître. Il suffit d'ailleurs, après l'avoir senti et reconnu, de le maintenir protégé en arrière sous les doigts de la main gauche, qui relève et tend les tissus au devant du bistouri. L'excision achevée, on fait une suture profonde au catgut et on termine par la réunion superficielle sans drainage et un pansement sec. Quant à la résection scrotale, qui est « toujours indispensable » quand on opère, il faut lui donner une étendue en rapport avec la laxité des bourses, qui peut atteindre des degrés si différents suivant les individus. On tiendra compte également de l'état plus ou moins rétracté des parties au moment où on opère. Ce n'est qu'à ces conditions que l'on obtiendra ce « suspensoir naturel » qui est le but poursuivi et produit la guérison sans récidive. La rechute est rare, si l'on s'est conformé à ces préceptes. Une fois, pourtant nous l'avons vue se produire avec une rapidité remarquable (3 mois) chez un jeune homme de 23 ans, qui vit reparaître sa tumeur scrotale et ses douleurs, dont il se croyait délivré. Il avait été opéré par un confrère suivant le procédé de Guyon et le paquet variqueux avait été excisé. S'agissait-il d'un sujet particulièrement prédisposé? Nous ne savons toujours est-il qu'il se soumit à une deuxième intervention que nous lui proposâmes et six mois plus tard, quand il se présenta à nous, la guérison s'était maintenue.

Lorsque le traitement du varicocèle exige une action double sur les veines et le scrotum, l'intervention se trouve sensiblement prolongée et nous estimons alors que *l'anesthésie générale* peut seule donner au chirurgien la tranquillité nécessaire aux manœuvres délicates qu'il a à accomplir.

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE

ET

Ses actions chimiques, physiologiques et thérapeutiques

Par le Dr G.. Richard d'Aulnay

Ancien interne de St-Lazare.

I. PROPRIÉTÉS CHIMIQUES.

Le bleu de méthylène ou Méthylenblau, Echtblau, Pyoctanine, Methylcyanine, est certainement le corps composé de la famille des pyoctanins de la série des amines aromatiques le plus employé dans les différentes branches de la médecine.

Le bleu de méthylène est un tétramethylhioninchloride ou autrement dit un chlorure de tétramethyllhionine : il a pour formule $C^{16}H^{18}Az^{3}SCL\ 3H^{2}0$.

« Pour le préparer, on fait agir la dimethyle-phenylène-diamine en solution acide sur l'hydrogène sulfuré, et on ajoute ensuite au mélange du perchlorure de fer et du chlorure de zinc ». Procédés de Kock ou de Bernthsen..

En raison même de son mode de préparation, le bleu de méthylène contient donc du chlorure de zinc en proportion assez considérable pour amener des perturbations stomacales lorsqu'il est pris en ingestion, et des traces d'arsenic comme l'a démontré Pilliet en 1894 à la Société de Chirurgie.

La constitution du bleu de méthylène, telle que nous l'avons donnée est celle du bleu de méthylène du commerce; produit tinctorial des plus intenses et des plus précis : aussi la présence de corps chimiques nuisibles à la santé comme le chlorure de zinc et l'arsenic doit elle faire rejeter une telle préparation pour la médication interne. En conséquence, il fallait donc obtenir un bleu de méthylène chimiquement pur « sans chlorure de zinc et sans arsenic », c'est ce à quoi sont arrivés quelques chimistes par des procédés divers qu'il serait trop long d'indiquer ici.

Le bleu de méthylène se présente comme un corps pulvérulent, amorphe : il est d'une couleur brune rougeâtre, sans éclat, qui devient bleue foncée, lorsqu'il est légèrement humide ; dans ce dernier cas, il donne avec les parois du verre des reflets irisés. Il n'a pas de goût à proprement parler; mais il laisse sur la langue une sensation styptique et piquante. Odeur très légère d'une solution phéniquée très étendue. Sa densité est faible. Sa réaction est acide. Sa solubilité est de 1 gr. par 60 c.. c. d'eau, il y produit une coloration bleue intense. Sa solution aqueuse au 1/00 ne doit pas se décolorer par l'ammoniaque liquide. Il est soluble dans l'alcool, le chloroforme et la glycérine, mais cette solution est assez faible. Son spectre d'absorption donne deux raies ou bandes ; l'une très foncé dans le rouge, l'autre bien plus faible comme intensité dans le rouge orange (1).. L'acide sulfurique

(1) Les bleus du commerce ou d'aniline n'ont pas de bande d'absorption foncé dans le rouge..

concentré le dissout avec une coloration verte, qui passe au bleu si on ajoute de l'eau.

Les agents réducteurs le décolorent, mais par l'oxydation de l'air, le corps primitif reparait. L'oxygène, l'ozone, tous les corps oxydants ravivent et augmentent sa couleur. Les solutions même étendues au 1000 de permanganate de potasse ajoutées aux urines chargées de bleu de méthylène, augmentent par la naissance de l'oxygène, l'intensité de la coloration bleutée ; il arrive parfois que ces urines deviennent d'un bleu foncé.

Par contre, le bleu de méthylène additionné d'une solution de glucose et de carbonate de soude et chauffé quelques instants se trouve être décoloré complètement. Cette réduction n'a pas lieu si on emploie du saccharose au lieu de glucose (Ihl). Cette transformation peut être utilisée pour la recherche des fraudes sur les sirops.

La lumière solaire altère le bleu de méthylène. Il en est de même des températures humides : aussi faut-il conserver le bleu dans des flacons bleus ou bruns hermétiquemen bouchés.

Quant aux solutions il faut les employer, autant que possible, quand elles sont récemment préparées.

Le bleu de méthylène mis en contact avec des éléments organiques vivants peut se transformer en substances incolores, capables de régénérer, sous diverses influences, la matière colorante. Ces corps incolores sont des leuco-dérivés.

Un premier dérivé incolore régénère une matière vert bleu par le chauffage avec l'acide acétique. Il s'observe dans l'urine humaine, après absorption de bleu de méthylène par la voie sous cutanée ou la voie digestive, mais on ne le trouve qu'en petite quantité à l'état normal. Au contraire, chez le chien, le lapin, le cobaye, c'est presque exclusivement sous la forme de ce leuco-dérivé que s'élimine le bleu, lorsqu'il est absorbé en quantité faible. On ne peut point obtenir ce corps *in vitro* en mettant du bleu en contact des tissus frais, mais par contre ou peut constater son existence pendant la vie non seulement aux points d'excrétion mais encore au point d'absorption.

Un autre dérivé incolore prend naissance sous l'action des microbes, lorsqu'on les cultive dans un milieu contenant du bleu. Le milieu se décolore promptement, mais il suffit, pour régénérer la couleur, d'agiter en présence de l'air. C'est l'oxygène qui opère cette régénération, car si l'on chasse l'air pour y substituer de l'azote, le liquide reste décoloré, malgré l'agitation.

Mais revenons à l'action réductrice du glucose sur le bleu de méthylène.

Cette propriété chimique qu'à le glucose de décolorer le bleu, pourra servir encore à constater la présence du glucose dans les urines et le sang des diabétiques, et pourra devenir la base d'un procédé clinique de recherches ainsi qu'un procédé de dosage scientifique du sucre des diabétiques. C'est ce que nous allons maintenant indiquer.

Recherche du glucose dans l'urine par le bleu de méthylène. — En 1888, Ilh, signalait le bleu de méthylène comme étant susceptible de donner avec le glucose des indications permettant de le distinguer du saccharose ; en effet, en chauffant du glucose additionné de carbonate de soude avec du bleu de méthylène, celui-ci se décolore, tandis qu'il conserve sa couleur en présence du saccharose.

Alors, Le Goff a pensé qu'il serait possible de se servir du bleu de méthylène pour rechercher le glucose dans l'urine, mais il a constaté que l'urine normale exerce, par elle même, une action réductrice sur le bleu de méthylène. Afin d'éviter l'action des substances réductices contenues dans toutes les urines, il a étendu l'urine de deux fois son volume d'eau ; en prenant 1 c. c. de cette urine diluée et en l'additionnant de 50 c. c.

d'une solution de bleu de méthylène, à 1 5/00, alcalinisée avec quelques gouttes d'une solution de potasse au moment de l'emploi, il a constaté que l'urine diabétique se décolorait et devenait jaune pâle, tandis que l'urine normale restait bleue.

Dosage du glucose dans l'urine par le bleu de méthylène. — Puis, Le Goff a cherché le moyen de se servir du bleu de méthylène pour le dosage du glucose dans l'urine, et il a imaginé le procédé suivant : il prend 30 c. c. d'une solution de bleu de méthylène à 1/5000, qu'il additionne de 1 c. c. d'une solution de potasse caustique à 4,5 0/0, et il verse cette solution dans une burette de Mohr. D'autre part, il dilue l'urine diabétique dans laquelle il a à doser le glucose de manière qu'elle ne contienne plus que 2 à 3 grammes de glucose, par litre ; il prend dans un tube 1 c. c. de cette urine diluée qu'il recouvre d'une mince couche de xylol ayant séjourné pendant quelques jours dans un flacon contenant quelques centimètres cubes de mélange des solutions de bleu et de potasse ; le xylol est destiné à empêcher l'oxygène de l'air d'oxyder le bleu de méthylène fermée. On fait alors tomber goutte à goutte le liquide de la burette dans le tube, qu'on maintient immobile dans l'eau bouillante. Le bleu est tout d'abord décoloré ; on en ajoute une nouvelle quantité jusqu'à ce qu'on obtienne une teinte bleue persistante.

D'après les essais de Le Goff, il faut pour obtenir la teinte bleue persistante en opérant sur 1 c. c. d'une solution de glucose pur à 1 0/00, ajouter 6 c. c. 5 de bleu à 1/5000 contenant 1 milligr. 5 de potasse par centimètre cube. Un simple calcul permet d'obtenir la quantité de glucose contenu dans une urine avec la même exactitude qu'avec la liqueur cupro-potassique. L'urée, l'acide urique, le chlorure de sodium, la créatine, la cholestérine, les peptones et l'albumine n'exercent aucune action réductrice sur le bleu de méthylène ; les pigments biliaires le colorent en vert, mais ne le réduisent pas.

Recherche du glucose dans le sang par le bleu de methylène. — Si cette réaction était réalisable pour la recherche du glucose dans l'urine, il devenait indispensable pour le cas où le sujet n'aurait pu émettre d'urine, de trouver un moyen de retrouver le sucre dans le sang et consécutivement de le doser au besoin.

C'est ainsi que Bremer, d'après ses recherches, arrive à montrer que les hématies qui, à l'état normal, se colorent par les couleurs d'aniline basiques, restent incolores chez les diabétiques. Il prend une solution de bleu de méthylène et il y trempe des lamelles sur lesquelles il a étendu préalablement et séché à l'étuve d'assez épaisses couches de sang. Après deux à cinq minutes, ces lamelles sont retirées, puis lavées à l'eau. On voit alors que le sang normal s'est fortement coloré tandis que le sang diabétique n'a pas ou peu pris la couleur bleue, suivant la quantité de sucre. C'est là le procédé microscopique ou de Bremer.

Voici maintenant la méthode macroscopique de Williamson : Dans une éprouvette graduée, on verse 40 c. c. d'eau, 20 c. c. de sang, puis 1 c. c. d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à 1/6000 et enfin 40 c. c. de lessive de potasse. Si l'on fait séjourner quelques instants l'éprouvette dans l'eau bouillante, la coloration bleue disparait en 4 minutes et passe au jaune tandis qu'elle persiste avec un autre sang.

Lœwy s'est convaincu de cette donnée. Mais il fait remarquer qu'une solution de glycose ordinaire donne la même réaction, à un plus faible degré il est vrai ; de même, le sang autre que le diabétique perd sa coloration bleue si on le fait bouillir trop longtemps ; de sorte que la réaction n'a de valeur pour le diabète que si l'ébullition ne dépasse pas trois à quatre minutes. Lœwy fait encore remarquer que les deux réactions s'observent aussi

dans le cas de diabète léger. D'après Goldscheider, dans le première méthode la décoloration se passe dans les globules, et pour la seconde dans le plasma sanguin.

Dosage du glucose dans le sang par le bleu de méthylène. — Ces particularités de décoloration connues, Lyonnet (de Lyon) voulut employer la décoloration du bleu par le glucose du sang des diabétiques pour en arriver au dosage clinique du sucre diabétique. Mais cet auteur employa des quantités si minimes de sang, et opera avec du sang brut, de sorte que son procédé peut être considéré comme pouvant être entaché d'erreur.

C'est alors que Marie et Le Goff proposèrent le procédé suivant : Au moyen d'une seringue de Pravaz, on puise 1 c. c. de sang dans une veine du pli du coude; on fait tomber goutte à goutte ce sang dans 5 à 8 c. c. d'alcool à 90° contenus dans un tube que l'on agite pendant une dizaine de minutes, puis on laisse reposer 24 heures.

Les substances albuminoïdes, l'hémoglobine se précipitent et on arrive ainsi à éliminer sinon toutes, du moins une grande partie des substances réductibles autres que le sucre. Après filtration, on lave encore à l'alcool le coagulum, et on obtient ainsi un liquide clair, limpide, qui contient en dissolution tout le glucose du sang que l'on dose, alors par le procédé de Le Goff, procédé indiqué plus haut pour le dosage du sucre dans l'urine.

Mais ce n'est toujours point un procédé clinique, comme se le proposaient les auteurs, Les différentes phases de préparation en font un procédé compliqué, presqu'un procédé de laboratoire, et ce procédé est loin d'être pratique c'est-à-dire d'être utilisé au lit du malade.

Pourtant, de cette étude sur l'action du bleu sur le glucose reste un point acquis, c'est que le bleu se décolore à peu de choses près en proportion directe du glucose. En conséquence, chaque fois qu'un individu soumis au bleu émettra des urines incolores ou peu colorées, il faudra se méfier de la présence du diabète. Ces remarques de décoloration ont été très nettes dans une observation de diabétique du service de Voisin. Durant tout le temps que cette malade fut soumise au bleu, l'urine passa constamment incolore et alors que l'ébullition acidifiée décelait une forte teneur en colorant. Par conséquent la décoloration totale du bleu de méthyléne a pu avoir lieu dans l'organisme sous l'action du glycose.

II. HISTORIQUE.

Dans l'étude du bleu de méthylène, on peut distinguer trois périodes. La premiere, qui s'étend de l'année 1875, époque de sa découverte, jusqu'à l'année 1889, fut la « période histo-chimique. » La deuxiéme, qui va de cette dernière année jusqu'à l'année 1896 est la « période clinique », c'est-à-dire la période pendant laquelle on utilisa le bleu de méthylène comme agent thérapeutique. Enfin, la troisième période est cette période actuelle consacrée à la chimie physiologique du bleu, aux transformatious chimiques que lui fait subir l'êconomie : c'est-à-dire la « période biochimique ».

C'est en 1875 que Lauth et Caro découvrirent le bleu de méthylène et qu'ils dotêren immédiatement l'histologie de ce produit tinctorial pour examiner les pièces microscopiques.

Dès cette époque, le bleu de méthyléne de même que les autres couleurs d'aniline reçut un essor dans l'industrie textile pour la coloration des tissus, et il fit son apparition officielle à l'Exposition Universelle de Paris de 1878.

A peu près en même temps, Stilling remerquait le premier sous le microscope que les microbes pyogènes plongés dans un milieu renfermant des couleurs d'aniline en dissolution absorbent la matière colorante qui les tue,si la solution est suffisamment concentrée. « Il y a, ajoutait-il, un rapport étroit entre l'action microbicide des couleurs d'aniline la facilité avec laquelle les microbes se laissent colorer ». Puis, d'autres microbiologistes reconnurent que toutes les couleurs d'aniline coloraient *in vitro* tous les microbes connus et que certaines d'entre elles avaient une prédilection marquée pour certaines espèces ; ils confirmèrent ainsi que les microbes colorés en pleine activité ne tardaient point à être privés de vie dans un laps de temps assez court.

De là, il n'y avait plus qu' un pas à consacrer les diverscs variétés d'aniline et les divers agents colorants comme de puissants microbicides et comme le traitement rationnel de l'avenir contre les maladies infectieuses.

Restait un point important dans l'emploi de ce nouvel agent thérapeutique. Les couleurs d'aniline étaient réputées toxiques et à juste raison, et l'administration de ce nouveau médicament demandait expérimentalement à être réglementée. Comme toujours ce furent les cobayes, ces victimes sensibles de la science moderne qui subirent, par la voie gastro-intestinale, les premières tentatives de toxicité de l'aniline. Ses différentes couleurs acides ou alcalines furent concurrement essayées.

Un des corps les moins toxiques et les plus microbicides, reconnu par l'expérimentation fut d'abord le violet de méthyle qui tout en solution étendue au 10 millième, conserve d'après Stilling une forte action antiseptique et ainsi une faible toxicité.

Puis, Eraud et Hugounenck proposérent et firent adopter le bleu de méthylène comme le meilleur colorant et le meilleur microbicide.

Dès lors, en tous pays, commença l'ère des essais thérapeutiques.

En Allemagne, Erlich et Lippmann après avoir étudiés l'action physiologique et histochimique du bleu et après l'avoir essayés en thérapie, le regardêrent comme un médicament analgésique bon à employer dans les névralgies, le rhumatisme musculaire et articulaire, puis ils le conseillèrent dans la fièvre palustre et comme sédatif dans les divers cas de troubles nerveux.

(A suivre)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 mars 1898.

Présidence de M. le Dr POUCHET

MM. GALLOIS et BONNEL communiquent un travail décrivant les effets de *l'eau oxygénée dans le traitement des vomissements de la grossesse et de la tuberculose*. Les inhalations d'oxygène avec le ballon classique sont incommodes et chères. Il est plus simple de donner par la voie stomacale *l'eau oxygénée* à 10 ou 20 volumes, contenant des traces d'acide chlorhydrique qui assurent sa stabilité. On met une cuillerée à soupe de cette eau dans un litre d'eau à boire aux repas. On s'assurera de la qualité du produit utilisé en versant quelques gouttes sur du fer : il y aura dans ce cas dégagement de bulles de gaz et production de rouille. Les résultats obtenus dans les cas de vomissements matutinaux de la grossesse sont remarquables : en 2 ou 3 jours on fait cesser ces vomissements. Il ne faut pas arrêter trop tôt la médication : si on ne l'applique pas pendant 2 ou 3 semaines, on voit réapparaître les vomissements. Le procédé hérapeutique sert en même temps de moyen de diagnostic, car s'il existe des troubles gastriques, l'effet curatif n'est pas obtenu.

Le traitement par l'eau oxygénée donne aussi d'excellents résultats chez les tuberculeux souffrant de vomissements, à la suite des quintes de toux que provoque chez eux l'ingestion des aliments, On constate ici encore la même rapidité d'action (2 à 3 jours); en outre l'eau oxygénée excite l'appétit.

Par quel mécanisme obtient-on les effets ci-dessus décrits ? L'effet du dégagement d'oxygène n'est guère admissible, car le résultat thérapeutique n'est jamais immédiat : il ne s'obtient qu'au bout de 48 heures. Les auteurs pensent qu'il y a peut-être oxydation de certaines ptomaïnes nuisibles : on sait que quelques unes des substances de cette catégorie perdent leur toxicité sous l'influence de l'oxydation.

M. BARDET rappelle les bons effets de l'eau oxygénée dans la gingivite infectieuse et dans les hémorragies profuses. En présence de la mucine des liquides buccaux, il se forme, quand on traite la gingivite par l'eau oxygénée, une mousse épaisse par coagulation de cette mucine. Il est probable que des effets analogues se produisent dans l'estomac.

M. PATEIN demande si MM. Gallois et Bonnel ont observé des phénomènes d'amaigrissement chez des obèses soumis à l'injection d'eau oxygénée : certains auteurs ont attribué au peroxyde d'hydrogène une influence considérable par la nutrition des polysarciques.

M. GALLOIS répond qu'il n'a eu qu'une seule malade obèse en traitement, et que cette dernière à dû cesser la médication très rapidement.

M. MATHIEU attire l'attention sur un autre côté de la question. On est aujourd'hui d'accord pour admettre que les femmes enceintes qui souffrent de vomissements sont des névropathes; chez des malades de ce genre, il faut toujours penser à la suggestion qui peut fausser l'interprétation des résultats thérapeutiques. Les moyens les plus variés réussissent et échouent tour à tour chez ces malades ; l'électrisation du pneumogastrique, minutieusement exécutée, ne donnera souvent pas un succès plus éclatant que l'application banale du balai faradique sur l'épigastre.

M. Gallois fait remarquer que la snggestion ne joue certainement pas de rôle chez les tuberculeux qui guérissent tout aussi rapidement par sa méthode,

M. Blondel a obtenu avec l'eau oxygénée un résultat remarquable qui ne s'est plus reproduit depuis. Le spasme utérin joue le rôle étiologique principal dans les vomissements de la grossesse : c'est ce spasme qu'il s'agit de faire cesser. On peut atteindre ce but en plaçant dans le col un tampon cocaïné, on peut même, ce qui est plus scabreux, faire la dilatation du col (1 cas de guérison observé par l'orateur). Mais quand la malade est cachectisée par l'inanition, il ne faut pas hésiter à intervenir dans cette direction.

M. Créquy a réussi dans un cas de ce genre en supprimant l'alimentation par l'estomac et en nourrissant sa malade par le rectum.

M. Mathieu à propos du traitement des vomissements des tuberculeux, constate que le moyen le plus simple est de supprimer les vomissements chez ces malades. On y arrivera sûrement si on donne le médicament approprié, quelqu'il soit, non pas *avant* ou *pendant*, mais *après le repas*.

M. Blondel donne lecture d'un travail de M. Laran *sur le vanadium et ses composés*. L'acide vanadique donne naissance à des composés qui cèdent et reprennent facilement l'oxygène qu'ils contiennent.

M. le Pr Pouchet fait remarquer que le manganèse, qui jouit des mêmes propriétés est bien préférable au vanadium, car il n'est pas, comme ce dernier, toxique.

M. Bardet présente au nom de M. le Pr Renaut de Lyon, un travail *sur les injections rectales d'arsenic*. L'arsenic se prête fort mal à l'ingestion par voie stomacale : l'intolérance gastrique, les troubles hépatiques etc, apparaissent très souvent bien avant que la dose utile n'ait pu être administrée. Par la voie rectale, on échappe à tous ces inconvénients et l'on s'aperçoit alors aisément que l'arsenic présente une valeur thérapeutique non soupçonnée jusqu'ici. L'auteur communique des résultats fort intéressants obtenus par sa méthode sur une série de tuberculeux.

L'administration du médicament se fait de la façon suivante : on injecte trois fois par jour dans le rectum 5 c. cubes de la solution suivante :

Liqueur de Fowler, ...	4 grammes
Eau.	56 grammes

Au bout d'un temps plus ou moins long, l'injection provoque des diarrhées et de l'irritation rectale chez certains malades ; ces accidents sont tout à fait passagers. Il est du reste toujours préférable de ménager, en cours de traitement, des périodes de repos.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

L'euquinine dans la malaria. (*The British Med. Journal* 26 Février 1898.) — GRAY de Sainte-Lucie (Antilles), considère l'euquinine comme supérieure à la quinine dans le traitement de la malaria, car elle n'a aucun goût et les doses actives sont plus faibles que celles qu'il faut atteindre si l'on veut obtenir un abaissemet de température avec la quinine. Les accidents tels que bourdonnements d'oreilles, troubles oculaires, s'observent fréquemment · l'auteur se trouve à ce point de vue en désaccord avec les autres observateurs; le même désaccord reparaît dans la question du dosage : l'euquinine serait pour Gray, plus active que la quinine, une dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 de la première, étant aussi efficace qu'une dose de 1 gr. à 1 gr. 50 de la seconde. La dose maxima d'euquinine n'a jamais dépassé, entre ses mains, 0 gr. 75 une ou deux fois par jour.

En résumé, le principal avantage de l'euquinine est son manque de goût : dans les pays tropicaux, où la quinine joue un rôle considérable, cet avantage n'est pas à dédaigner. L'euquinine ne doit pas être prescrite en solutions ; ces dernières ont un goût franchement amer. On administrera donc la poudre telle quelle ou en cachets.

E. VOGT.

Des substances désinfectantes dans la peste. — Dans un livre fort complet sur la peste en général, KAZANSKY cite des expériences personnelles concernant l'action désinfectante d'un certain nombre de substances sur le bacille de la peste. Ces expériences ont montré que les substances qui possèdent les propriétés antiseptiques les plus prononcées sont : le sublimé (1 pour 1000 à 3000), l'acide chlorhydrique (1 pour 2000), l'acide phénique (2 1/2 à 5 pour 100), la formaline (5 à 10 pour 100), l'essence de vinaigre (5 à 10 pour 100), le vinaigre aromatique pur ou mêlangé à parties égales avec de l'eau, l'eau-de-vie purifiée et la térébenthine.

Toutes ces substances tuaient les bacilles de la peste en l'espace de une à deux minutes.

B. TAFT.

Le sulfate de magnésie dans la dysenterie des pays chauds. (*The Brit. Med. Journal* 26 Février 1898. — GURSON THORPE, directeur général du service médical de la marine du Royaume Uni relate une observation de dysenterie extrêmement grave provenant de l'hôpital de Shangaï : une guérison rapide fut obtenue par l'administration d'heure en heure, de cuillerées à café d'une solution saturée de sulfate de magnésie; dans chaque cuillerée, on versait dix gouttes d'acide sulfurique dilué. G. Thorpe recommande d'essayer avant tout autre médicament, le sel d'Epsom, pour guérir les nombreux cas de dysenterie observés dans l'Extrême-Orient, sur les marins de la flotte.

E. VOGT.

Maladies générales non infectieuses

(Intoxications)

Dr CHASSEVANT

Origine rénale de la goutte, considérations sur le traitement de cette affection. (*The Practitionner*, Mars 1898). — A. L. LUFF appuie sa théorie sur le fait suivant : l'acide urique ne se retrouve pas dans le sang des individus en bonne santé; il se forme donc dans le rein et est éliminé par ce dernier. Chez l'oiseau, dont l'urine est presqu'entièrement composée de mâcles d'acide uriqne, on ne rencontre pas trace de cet acide dans le sang. Chez les individus atteints d'affections rénales, on décèle la présence d'acide urique dans le sang et les tissus, ainsi s'explique le fait que les substances qui irritent le rein (alcool, plomb, etc.), provoquent des accès de goutte chez les sujets.

héréditairement prédisposés à des troubles fonctionnels ou organiques du rein. Il est probable que les lésions siègent au début dans l'épithélium des tubuli. Dans certaines affections (leucocythémie, anémie pernicieuse, etc.) l'acide urique se rencontre en grandes quantités dans le sang, il est probable que dans ces cas cet acide provient de la nucléine des leucocythes désagrégés. Comme dans la goutte on n'observe jamais de leucocythose, il faut admettre que chez le goutteux l'acide urique ne dérive pas de la nucléine. Chez l'oiseau, le sang ne contient que de l'urée, alors que l'urine ne contient que de l'acide urique et pas d'urée : c'est donc dans le rein que l'urée se transforme en acide urique chez cette classe d'animaux. Chez le goutteux, un processus analogue se produit sans doute, par action chimique de l'acide glycocholique sur l'urée.

Le traitement de la goutte dérive de ces données : on favorisera l'élimination des urates par l'absorption de boissons aqueuses; le citrate de potasse servira à diminuer l'acidité urinaire, et à augmenter la solubilité des urates.

Au point de vue alimentaire, les épinards, les choux, les navets favorisent la formation d'urates solubles et seront très utiles aux goutteux, à condition qu'ils ne provoquent pas de troubles dyspeptiques.

L'auteur considère que l'administration des alcalins n'a aucune raison d'être, car un sérum sanguin contenant de l'acide urique ne laisse pas déposer cet acide quand on diminue l'alcalinité du liquide en expérience : l'addition d'alcalins à ce sérum n'exerce aucune influence sur le degré de solubilité des urates.

Les salicylates ne sont pas indiqués davantage : on a constaté à plusieurs reprises, il est vrai, qu'à la suite d'administration de salicylates le taux de l'acide urique urinaire augmentait, mais c'est à tort qu'on en a conclu que les salicylates favorisaient la solubilité des composés uratiques. L'auteur admet qu'il se forme au dépens de l'urée, de l'acide salicylurique, dont une partie s'accumulera dans le rein déjà incapable d'éliminer tout l'acide urique qu'il contient, et dont l'autre s'élimine : le goutteux ne retire donc aucun bénéfice de cette médication, qui lui est plutôt nuisible.

E. Vogt.

Opothérapie surrénale. Guérison maintenue depuis trois ans — M. Béclère montre un jeune homme de vingt-huit ans atteint de bacillose, mais sans lésions pulmonaires notables, qui a présenté au complet le syndrome d'Addison; il a été délivré, en peu de temps, de tous ses accidents, *y compris la mélanodermie* dont la teinte s'est beaucoup atténuée. *La guérison se maintient depuis trois ans.* Ce qui augmente beaucoup l'intérêt de cette observation extraordinaire, c'est que le malade a guéri après avoir été soumis à l'opothérapie surrénale sous ses divers modes: ingestion de capsules surrénales fraîches et injections sous-cutanées d'extrait hydro-glycériné de glandes surrénales de veau. Aucun accident consécutif au traitement à signaler. Il est très vraisemblable que le traitement surrénal a grandement contribué à la guérison du malade.

M. Béclère établit un parallèle entre l'opothérapie surrénale chez les addisoniens et l'opothérapie thryroïdienne chez les myxœdémateux ; il aboutit aux conclusions suivantes:

Chez les myxœdémateux, l'action bienfaisante de la médication thryroïdienne se manifeste dès les premiers jours du traitement: chez cet addisonien, au contraire, entre les débuts du traitement et les premières apparences d'améliorations, il ne s'est pas écoulé moins de deux mois.

Chez les myxœdémateux, le bénéfice de la médication thyroïdienne est essentiellement temporaire, les malades sont obligés de se traiter jusqu'à la fin de leur existence. Chez cet addisonien au contraire, le traitement a duré près de cinq mois; après qu'il a été suspendu, l'amélioration n'a fait que s'accroître pour aboutir à une guérison qui dure depuis trois ans.

Ces différences fondamentales entre les effets de l'opothérapie surrénale et ceux de l'opothérapie thryroïdienne montrent manifestement que ces deux médications ne présentent aucune analogie dans leur mode d'action sur l'organisme.

L'une, la médication tryroïdienne, agit en apportant à l'organisme les substances que les myxœdémateux fabriquent en quantité insuffisante.

Pour l'autre médication, l'hypothèse la plus vraisemblable qu'on puisse formuler sur son mode d'action chez les addisoniens, c'est qu'elle favorise l'hypertrophie compensatrice des portions demeurées saines du parenchyme surrénal.

Cette hypothèse est en accord avec le résultat des injections sous-cutanées d'extrait surrénal sur les animaux.

Après la communication de M. Béclère, M. Gaillard fait observer qu'il a essayé ce traitement, et avec persévérance, dans un cas analogue et n'a obtenu aucun résultat.

M. Widal à son tour, raconte qu'il n'en fut pas tout à fait de même chez un addisonien typique, à antécédents personnels tuberculeux qui arriva progressivement à ingérer et à tolérer de 10 à 12 gr. par jour de capsules surrénales de mouton. Aucune modification du côté de la pigmentation. Le malade quitta le service, enchanté du relèvement de ses forces; il y revint au bout de quelques semaines aussi asthénique qu'auparavant et avec, en plus, des troubles gastro-intestinaux, il mourut bientôt. M. Widal pense cependant qu'on peut essayer l'opothérapie chez les addisoniens. Elle a sans doute d'autant plus de chances de réussir qu'elle sera employée à une période plus rapprochée du début de la maladie,

M. Hayem, en 1894, a soigné ainsi un addisonien, avec une dose moyenne de 10 à 15 gr. de capsules surrénales de veau par jour. Comme chez le malade de M. Widal l'asthénie fut notablement améliorée après deux ou trois mois, la pigmentation restant stationnaire. L'amélioration dura dix mois, pour disparaître ensuite. Le malade succomba en 1896.

R. Blondel

Du myxœdème infantile et des autres formes de myxœdème par F. Raymond. *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, n° 1 et 2, 1898).

Le rôle du régime alimentaire dans le traitement du myxœdème n'est pas négligeable. En parcourant les ouvrages classiques, on peut y lire qu'un régime fortifiant est le complément indispensable de la médication thyroïdienne, et par ces mots de régime fortifiant, on entend un régime dont la viande, les œufs, le bouillon, le consommé, le vin, l'alcool, constituent la base.

C'est là une grossière erreur. En soumettant à un pareil régime les myxœdémateux, on n'arrive qu'à précipiter la cachexie myxœdémateuse.

Deux auteurs allemands Breisacher et Besinowitch, ont porté leur attention d'une façon spéciale sur l'importance du régime dans le traitement du myxœdème. Ils sont arrivés à cette double conclusion :

Une alimentation dont le lait, les laitages, les légumes, les viandes bouillies font les frais principaux, exerce une influence favorable sur l'évolution du myxœdème.

Au contraire, l'usage du bouillon, des viandes rôties, des boissons alcooliques dites toniques, amène rapidement une recrudescence des symptômes de la maladie.

Il faut donc prescrire aux myxœdémateux le lait, les laitages, les aliments végétaux, les viandes bouillies en petites quantités et leur interdire les vins et les spiritueux.

Le traitement spécifique du myxœdème est basé sur l'introduction, dans le système circulatoire, du principe actif du parenchyme thyroïdien.

Si l'on n'emploie plus les injections sous-cutanées d'extrait, on peut du moins avoir recours dans certains cas à l'administration du suc thyroïdien en lavements (Herzen). Cette méthode est utile chez les enfants en état d'idiotie myxœdémateuse. Outre que ces enfants avalent très difficilement, ils n'avalent en tout cas que des liquides

Dans l'immense majorité des cas on a recours à l'administration par la bouche des préparations fraîches de glandes thyroïdes d'animaux de boucherie ou bien du principe actif de la glande thyroïde, de l'iodothyrin en tablettes. L'iodothyrin, combinaison organique très stable d'iode, a été isolée par Baumann; elle renferme de 3 à 9 gr. 100 d'iode.

Quand on utilise les fragments frais de glande thyroïde, c'est d'ordinaire la glande thyroïde du mouton qu'on emploie. (Glandes du cornet). Il est important de vérifier l'envoi du boucher, car souvent ceux-ci livrent par erreur des glandes salivaires, voire de simples ganglions lymphatiques, en lieu et place de glandes thyroïdes. Il est entendu qu'à défaut de glandes de mouton, on peut utiliser des glandes de veau, de porc, de bœuf.

Le premier essai de Howitz avait été fait avec des fragments bouillis de glande thyroïde. On prescrira de préférence des fragments crus, hachés, mis sur du pain ou préparés en sandwich, ou encore mis en suspension dans du bouillon, dans des potages, dans du lait.

La dose moyenne est de 2 ou 3 grammes par jour. Sitôt que l'on dépasse la dose de 4 grammes par jour, il faut s'attendre à voir survenir des phénomènes d'intolérance : vertiges, défaillances, céphalalgie, insomnie, fièvre, vomissements, diarrhée, éruptions cutanées, tachycardie, etc...

Au surplus, il est une manière de procéder qui met presque toujours les malades à l'abri des phénomènes d'intolérance : au lieu de continuer le traitement sans interruption, on ne fait prendre de la glande thyroïde que pendant quatre ou cinq jours consécutifs; puis, après une pause de même durée, on reprend le traitement pendant une nouvelle période de quatre ou cinq jours, et ainsi de suite, jusqu'à la fin.

Si l'on ne peut se procurer quotidiennement

des glandes thyroïdes fraîches, il faut avoir recours à une des nombreuses préparations thyroïdiennes confectionnées avec de la glande thyroïde desséchée, ou mieux encore à l'iodothyrine.

On trouve l'idiothyrine à l'état de poudre ou de tablettes, mélangée à du sucre de lait. Chaque tablette, du poids de 30 centigrammes, équivaut à son poids de glande fraîche. On prescrit donc, comme dose moyenne de 15 à 20 tablettes par jour.

Une fois la disparition des manifestations du myxœdème obtenue, on continue le traitement en réduisant l'ingestion stomacale de glande thyroïde ou de l'iodothyrine au strict nécessaire, c'est-à-dire à une prise environ toutes les semaines ; c'est la ration d'entretien.

G. LYON.

Emploi de la saignée dans l'urémie. (*Deutsche med. Wochenschrift* nº 9, 1898) Le Dr LAACHE de Christiania est partisan de la méthode de la saignée simple, sans injection consécutive de sérum artificiel. La quantité de sang soustraite a été en général de 500 à 600 gr, même d'un litre chez un anurique : la méthode devra être sans hésiter utilisée dès que l'on se trouve en présence d'un cas d'intoxication urémique avec pression artérielle élevée.

E. VOGT

Clinique générale

Dr BENOIT

Traitement des fractures de Dupuytren, vicieusement consolidées. (*Société de Chirurgie* 16 février 1898.) — M. KIRMISSON présente un rapport au sujet d'un malade de M. Faure, atteint d'une fracture de Dupuytren consolidée avec une *déviation en dehors* très prononcée. Il fallut faire une double ostéotomie, linéaire sur le péroné, cunéiforme sur le tibia. Une contracture des péroniers latéraux fit se reproduire la déformation un mois plus tard. M. Faure y remédia en sectionnant les tendons de ces muscles, les dédoublant sur une hauteur de 10 centim., ce qui lui fournit un allongement de 5 centim. Mais la flexion et l'extension restèrent limités, la marche douloureuse. M. Kirmisson donne la préférence à la résection orthopédique de Polaillon, qui porte sur l'articulation tibio-tarsienne, véritable siège des lésions. Il faut réséquer le tibia seul et faire l'ostéotomie simple du péroné, pour obtenir le redressement. MM. POIRIER, REGNIER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et SCHWARTZ se déclarent satisfaits de l'ostéotomie sus-malléolaire classique, qui consiste à enlever un coin tibial et à sectionner obliquement le péroné. Mais ils admettent, avec M. Kirmisson, que certains cas vicieux, avec saillie de la malléole interne dans l'articulation, ne permettent pas la correction dans ces cas, pour obtenir le résultat idéal, à savoir que l'axe de la jambe prolongé vienne tomber entre le deuxième et le troisième métatarsiens, il faut renoncer à l'ostéotomie et faire la résection intra-articulaire. Il peut même être parfois nécessaire d'enlever l'astragale (Reynier). M. Kirmisson préfère, en ce qui concerne les tendons contracturés, leur section oblique suivie de glissement. Il craint, en faisant le dédoublement conseillé par M. Faure, de n'avoir que des lambeaux doués de peu de vitalité.

AUG. BENOIT.

Causes et traitement des abcès péri-anaux, par A. GUINARD, *Journal des Praticiens*, p. 129, 26 février 1898.

Toute fistule à l'anus est consécutive à un abcès péri-anal. On signale des exceptions : des trajets fistuleux pourraient être produits par des plaies pénétrantes du rectum ; d'autre part, des abcès de la marge de l'anus pourraient ne pas aboutir à la fistulisation, mais ces faits sont si rares que, cliniquement, on est pour ainsi dire autorisé à ne pas en tenir compte.

Le malade a donc primitivement un abcès péri-anal ; alors deux cas peuvent se produire : ou bien il a laissé évoluer sans intervention sa collection purulente, qui a fini par s'ouvrir ; ou bien l'ouverture a été faite par le bistouri du chirurgien. Mais, dans ces deux cas, la poche suppure indéfiniment, les parois n'ont aucune tendance à la réunion, la cicatrisation ne se fait pas : il y a fistule.

En somme, l'abcès et la fistule ne sont que deux phases différentes d'une même affection ; on peut dire que l'abcès de la marge de l'anus est une fistule non encore ouverte, non encore fistulisée (fistule aveugle de Guinard).

L'étude étiologique de la fistule de l'anus revient donc à celle de l'abcès péri-anal.

La nature de l'agent infectieux est diverse. On peut trouver dans le pus soit le colibacille, soit les microbes ordinaires de la suppuration, soit, enfin, le bacille de Koch. C'est dans ce dernier cas que l'abcès, évoluant le plus souvent avec l'allure d'un abcès froid, peut passer inaperçu, ou du moins ne causer aucune

inquiétude au malade jusqu'au jour où le pus s'écoule au dehors.

Les portes d'entrée pour ces divers microbes sont très variables. Tantôt l'abcès succède à des altérations de l'anus et du rectum, ulcérations, fissures, rectites, hémorroïdes surtout; tantôt il reconnaît pour causes des irritations locales, contusions, malpropreté, frottement.

On a cité les voyages longs et fatigants les courses à cheval, les coups de pied ou chutes sur le siège, les opérations sur l'anus, l'introduction maladroite d'une canule à lavement. L'eczéma de la région anale est encore une cause d'abcès (grattage).

Chez la femme, les liquides plus ou moins septiques venus de la vulve causent souvent autour de l'orifice anal des éruptions qui, grattées et ulcérées, aboutissent à la production d'abcès lymphangitiques.

Il est une cause qui domine toute l'étiologie de la fistule anale; c'est la tuberculose.

Le traitement de choix est l'incision. On enfonce la sonde cannelée dans le trajet; on la fait ressortir par l'autre orifice, si la fistule est complète; si elle est borgne, on la complète; puis on incise toutes les parties molles sur la sonde cannelée, avec le bistouri ou le thermocautère. La réunion est, dans beaucoup de cas, assez lente.

Un point plus intéressant est le traitement de l'abcès qui précède la fistule. L'incision cutanée, même précoce, n'empêche pas la collection d'évoluer vers la fistulisation. Il paraît donc préférable de considérer l'abcès comme étant une fistule, et de le traiter comme tel. C'est la méthode que préconisaient Saviard en 1695, J.-L. Petit, Faget. Il n'est pas nécessaire de détruire la paroi du trajet avec le thermocautère; il suffit de faire une ponction au bistouri, puis d'introduire une sonde cannelée par l'orifice et de perforer le rectum. On transforme ainsi une fistule aveugle en fistule à deux yeux et on incise le pont ano-rectal.

G. LYON.

Les os décalcifiés pour l'anostomose intestinale par le Dr MARTIN GIL, de Malaga (E. ALABERN *Revista Medica Rural*, 1897, n° 14). — Au moment où les accidents causés par le bouton de Murphy et les appareils similaires causent une légitime inquiétude aux chirurgiens, qui sont portés de nouveau à leur préférer la suture, nous devons signaler un perfectionnement dû à M. MARTIN GIL et qui consiste à employer des os décalcifiés qui ont subi une préparation spéciale les rapprochant du bouton de Murphy, quant à leur forme. Il s'agit en effet de deux bobines discoïdes, avec cylindre central réciproquement emboîtées, qui établissent une large communication entre les deux bouts de l'intestin que l'on veut réunir. Deux trous par lesquels on passe des fils élastiques servent à remplacer le ressort des boutons métalliques et assurent la fixation des deux parties de l'appareil. Le seul inconvénient serait la tension gazeuse qui réussirait parfois à vaincre l'adhésion élastique des deux disques Mais en revanche on n'a pas à se préoccuper de l'évacuation de cette pièce, qui se résorbe sur place, sans que l'on ait à craindre l'obstruction intestinale. L'anastomose est aussi rapidement faite par ce moyen que par le bouton de Murphy.

AUG. BENOIT.

Nouveau procédé de détermination de la position des corps étrangers par la radiographie par M. H. MORIZE. — *Académie des Sciences* 31 janvier 1898. — Pour trouver pratiquement la situation exacte d'une balle par exemple, voici la méthode à employer. Le malade est placé entre le tube et l'écran. Dans cette situation, la balle forme une tache sombre sur l'écran. Sur la face de son corps tourné vers le tube de Crookes, on place un disque de plomb, que l'on colle avec du diachylum en un point tel que son image soit exactement superposée à celle de la balle. Sur le côté opposé du corps, on place un deuxième disque qui doit se superposer sur l'écran aux deux premiers, de façon à ce qu'il n'y ait qu'une seule tache projetée. Les trois points sont en ligne droite. Si l'on fait tourner le malade d'un certain angle, on peut déterminer de la même façon trois points qui sont aussi en ligne droite. Dès lors les deux lignes droites déterminent un plan qui contient le projectile, situé comme on le voit à l'intersection des deux diagonales du quadrilatère formé par les quatre points extérieurs, que l'on a eu soin de fixer par des signes dermographiques.

AUG. BENOIT.

Traitement des sarcomes inspirables par le liquide de Coley. (*"Harveian Society"* de Londres, février 1898). — MANSELL MOULIN a présenté à la Société un mémoire concernant les effets du liquide de Coley (mélange de toxines provenant de cultures de streptocoques de l'érysipèle et de cultures de bacillus prodigiosus). Sur 10 cas traités, il y eut 3 guérisons des tumeurs sans récidive à ce jour. (3 ans de date). Dans un cas de sarcome à cellulesusiformes de la mâchoire supérieure, la tumeur disparut mais il se

produisit quelque temps plus tard un sarcome secondaire du tibia. Dans un autre cas il y eut seulement diminution du volume de la tumeur. Pas de résultat thérapeutique dans les autres cas.

En résumé, il est aujourd'hui hors de doute qu'un certain nombre de cas de sarcome inopérables et jusqu'ici inguérissables, peuvent entièrement disparaître sous l'influence des injections de Coley. Ce sont surtout les sarcomes à cellules fusiformes qui sont influencés par la médication : la destruction du néoplasme est obtenue par une dégénérescence graisseuse intense, comparable au processus qui donne naissance à l'atrophie jaune aiguë du foie. L'inflammation et l'infiltration observées parfois dans les tumeurs en traitement représentent des complications de cause septique. La dégénérescence s'obtient aussi bien en injectant sur un point voisin du néoplasme qu'en injectant dans le néoplasme même.

La méthode offre des dangers, aussi ne doit-on l'appliquer que dans les cas où elle constitue la seule ressource thérapeutique : le collapsus et la pyémie sont toujours à redouter. Les toxines d'érysipèle doivent pour être efficaces provenir d'un cas très virulent: la présence de toxines de bacillus prodigiosus exalte dans de grandes proportions les phénomènes réactionnels. Les sarcomes à marche rapide sont surtout influencés.

Il arrive souvent que les malades voient leurs forces et leur poids augmenter en cours de traitement. En cas de récidive, il peut se faire que la tumeur secondaire résiste davantage au traitement que la tumeur primitive.

E. Vogt.

Drainage du quatrième ventricule dans l'hydrocéphalie acquise. (*Société Médico-Chirurgicale d'Edimbourg.* —19 janvier 1898) Dans un cas d'hydrocéphalie symptomatique d'une méningite de la base, chez une fillette de 13 ans atteinte de syphilis congénitale, MM. Bruce et Harold Styles se décidèrent à ouvrir le quatrième ventricule pour le drainer. La trépanation fut faite au milieu d'une ligne passant par la partie inférieure de l'occipital, comprenant le grand trou occipital. Le sinus occipital fut coupé entre deux ligatures. Une grande quantité de liquide s'écoula lorsque l'on sépara les deux olives cérébelleuses. Résultat immédiat frappant; disparition des contractures, retour de l'intelligence. Mais les accidents recommencèrent bientôt et l'enfant succomba le 19e jour. Les auteurs attribuent la mort aux complications rénales qui préexistaient à l'opération.

Aug. Benoit

Traitement des plaies par action du jet de vapeur. (*Deutsche med. Wachenschrift* n° 9, 1898) — Beyer fait remarquer que rien n'empêche le chirurgien qui stérilise ses instruments, les objets de pansement, etc, à la vapeur d'eau d'adopter le même procédé en présence d'une plaie à faire cicatriser. Il donne à ce sujet l'observation d'un malade atteint d'adénite suppurée profuse de l'aisselle, résistant à toutes les médications, et qui fut rapidement guéri sous l'influence de jets de vapeur d'eau, donnés à 50 cent. de distance, et présentant, au moment d'arriver sur la plaie, une température de 53° c.

L'auteur a eu l'impression que la méthode excite la circulation, tonifie les granulations et s'oppose à la pullulation des germes pathogènes.

E. Vogt,

L'anesthésie locale. (*Deutsche med. Wochenschrift* n° 81898.) —Gudeck nous donne un rapport sur la méthode utilisée à l'ancien hôpital général de Hambourg, pour obtenir l'anesthésie locale.

Environ trente hernies étranglées ont été anesthésiées en vue d'une opération par le procédé de Schleich; il en a été de même pour de nombreux cas de petite chirurgie, à l'exception des incisions de panaris et de bubons, pour lesquelles le procédé est insuffisant : dans ce dernier cas, il faut s'adresser à la méthode d'Oberst. On met une ligature à la racine du doigt (tube en caoutchouc), puis on injecte aux points ou les quatre nerfs entrent dans le doigt, 1 à 2 gr. d'une solution de cocaïne à 1 0/0 ; on obtient ainsi l'anesthésie du doigt tout entier. On n'observe jamais d'accidents en procédant de cette façon.

L'auteur recommande incidemment, quand il s'agit d'opérations importantes intéressant la cavité abdominale, d'anesthésier par l'éther, et de procéder à la fin de l'opération à une hypodermoclyse au moyen d'un à deux litres de solution physiologique de chlorure de sodium. On fait, de cette façon, disparaître la sensation de soif; le malade ne demande alors plus à boire, ce qui diminue dans de larges proportions la tendance aux vomissements.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine

Du cœur dans la grossesse normale. par H. VAQUEZ et M. MILLET. (*Presse médicale*, n° 11, p. 61, 1898). — La thérapeutique des affections cardiaques au cours de la grossesse comporte quelques données spéciales :

1° Pour prévenir les accidents gravido-cardiaques, les indications formulées par les auteurs se réduisent à deux principales : le repos au lit, le régime lacté plus ou moins absolu.

Le repos au lit ne doit pas toutefois être permanent : il est nécessaire que la malade prenne dans la journée quelques heures d'exercice, par une marche modérée, de façon à empêcher l'encombrement de la circulation pulmonaire, que facilite au plus haut degré le décubitus dorsal prolongé. Quant au régime lacté, il ne doit être prescrit d'une façon absolue que si des signes de congestion hépatique ou rénale apparaissent avec diminution de la quantité des urines. Dans ces cas également, on se trouvera souvent bien de l'administration d'une dose moyenne de théobromine ou de tout autre diurétique. De même il est indiqué de recommander l'emploi d'un léger purgatif salin, administré tous les trois ou quatre jours.

2° Lorsque les accidents gravido-cardiaques commencent à apparaître, la conduite à tenir peut être, suivant les cas, complétement différente; s'il s'agit de complications asystoliques analogues à celles qui accompagnent les affections cardiaques complexes, avec œdème ou anasarque, congestion hépatique et rénale intense, insuffisance tricuspidienne, il faudra avoir recours à la médication habituelle de ces accidents, c'est-à-dire à la médication digitalique, mais à doses fractionnées.

Il faudra agir de même dans les cas où les accidents cardio-pulmonaires auront fait place, après l'accouchement, à l'asystolie vraie. Mais on devra toujours surveiller avec soin l'état de la circulation pulmonaire, plus disposée à s'encombrer que dans toute autre circonstance; et si cet état donnait des inquiétudes, on fera précéder l'administration de la digitale d'un purgatif salin ou d'une saignée locale, ou même d'une saignée générale de 2 à 300 grammes.

Quand il s'agit d'accidents strictement cantonnés à la sphère pulmonaire, comme cela se voit dans le rétrécissement mitral, les indications sont tout autres.

Si les accidents sont peu menaçants et ne consistent que dans une oppression modérée, avec tendance à la congestion pulmonaire et accélération du pouls, le repos absolu au lit devient tout à fait nécessaire, ainsi que le régime lacté. Les applications chaudes sur la poitrine, les émissions sanguines répétées sous forme de ventouses scarifiées, trouveront leur indication : à l'intérieur on emploiera soit la théobromine, soit comme calmant la poudre de Dower, à doses fractionnées.

Lorsque les accidents deviennent de plus en plus menaçants et que le terme normal de l'accouchement se rapproche, trois problèmes se posent :

1° Y a-t-il lieu de provoquer l'accouchement prématuré ?

2° L'emploi du chloroforme est-il à recommander ?

3° Doit-on faire usage des préparations digitaliques ?

La question de l'accouchement prématuré chez les cardiaques a été discutée à nouveau dans ces dernières années par Leyden, Gusserow, Schlayer, etc. Ce dernier le proscrit d'une façon formelle; Leyden pense au contraire qu'il peut être rendu nécessaire.

Il est certain, d'une part, que l'accouchement prématuré artificiel n'épargne pas à la malade le travail de l'accouchement ni ses dangers; d'autre part, que des cardiaques, après plusieurs crises pulmonaires des plus menaçantes ont pu accoucher sans trop de risques et survivre à l'accouchement; cependant Vaquez et Millet pensent qu'il est raisonnable d'intervenir lorsque la femme enceinte a présenté à plusieurs reprises, et à partir du sixième mois, les graves accidents de l'apoplexie pulmonaire. Si, un mois ou six semaines après leur apparition, et malgré le traitement, ces accidents n'ont pas tendance à se calmer, l'intervention s'impose comme un devoir. Seulement il faut se garder de la tenter quand la malade est en pleine crise d'œdème pulmonaire; il faut intervenir seulement pendant une période d'accalmie.

Sur la question de l'emploi du chloroforme, l'accord existe. Contrairement aux craintes qui avaient cours jadis, le chloroforme trouve son indication dans l'accouchement normal ou provoqué chez les cardiaques; seulement son emploi devra être surveillé rigoureusement.

Si les préparations de digitale conviennent à l'asystolie banale, survenant au cours de la

grossesse ou à la suite de l'accouchement, il n'en est plus de même dans le cas où les accidents ont leur siège dans le poumon.

M. Merklen, M. Potain ont signalé les inconvénients qui peuvent résulter, pour le poumon, de l'usage intempestif de la digitale dans les cas où la circulation pulmonaire est encombrée à l'excès.

Si, après l'accouchement, la gêne de la circulation pulmonaire persiste avec oppression extrême, il faut plus que jamais éviter de prescrire la digitale ou la caféine. Dans d'pareilles circonstances le médicament de choix est la morphine donnée en injection de un demi centigramme toutes les cinq ou six heures.

G. Lyon.

Ponction du cœur contre l'entrée de l'air dans les veines. par Bégouin (de Bordeaux). (*Société de biologie*, 22 janvier 1898). — Après des expériences probantes sur les animaux en proie à des accidents asphyxiques par suite de la pénétration de l'air dans les veines jugulaires, l'auteur croit pouvoir conseiller la ponction capillaire du *ventricule droit* pour les faire cesser rpidement. C'est en effet à l'accumulation de l'air dans cette cavité qu'est due l'asphyxie, et on la voit diminuer rapidement et cesser bientôt à mesure que l'on retire l'air par le moyen que nous avons indiqué.

Aug. Benoit.

Les rayons Rœntgen ont-ils une action sur la tuberculose de l'homme? (*Archives d'électricité médicale*, n° 56, 1897) — Bergonié et Mongour ont soumis à l'action des rayons X des tuberculeux : l'anticathode était placée à 20 centimètres environ de la peau ; la durée d'exposition a été de dix minutes à chaque séance. Les auteurs n'ont jamais observé, dans ces conditions, d'érythème à la surface de la peau.

Les cinq observations prises, dont les auteurs se défendent de vouloir généraliser les résultats, ont démontré les faits suivants :

1° Action nulle dans deux cas de phtisie très aiguë :

2° Action peu marquée dans deux cas sur de phtisie chronique : encore cette amélioration a-t-elle fait place à une poussée nouvelle sous l'influence de troubles dyspeptiques, dans un des cas ;

3° Pas le moindre accident en cours de traitement qui pût être imputé à l'action des rayons ;

4° Le bacille de Koch n'a paru modifié ni comme nombre, ni comme forme, sous l'action des rayons X.

Les recherches doivent cependant être continuées, car si les rayons sont capables de modifier la trophicité des éléments anatomiques de la peau, ce qui est démontré nettement, on ne voit pas pourquoi ils n'agiraient pas sur les poumons aussi. En définitive les auteurs tendent à admettre qu'il se produit, sous l'influence de ces rayons, une organisation meilleure du parenchyme pulmonaire pour la lutte contre le bacille de Koch.

E. Voet.

La pilocarpine dans la pneumonie. (*Gazeta Lekarskr*, septembre 1897.) — Lidmanowsky a eu recours, dans la pneumonie fibrineuse, à la pilocarpine administrée à hautes doses. Sur onze malades soumis à ce traitement, pas un n'a succombé. D'ordinaire, le deuxième ou le troisième jour le processus pathologique s'arrêtait et la guérison se faisait rapidement.

La pilocarpine était administrée en solution à la dose de 10 centigrammes en vingt-quatre heures.

D'après Lidmanowsky, la pilocarpine doit être administrée le plus tôt possible. Si on l'administre à une période déjà avancée de la maladie, l'état subjectif du malade s'améliore, il est vrai, mais la température reste élevée pendant deux ou trois jours, après quoi elle décroît lentement.

En ce qui concerne l'action qu'exerce la pilocarpine sur le processus de la pneumonie, deux suppositions sont possibles : 1° Cette action favorable résulte de la leucocytose ; 2° Il se produit un effet purement mécanique, les vomissements intenses ont forcément pour résultat de provoquer de fortes contractions du diaphragme. C'est la première hypothèse qui paraît la plus probable, car chez un certain nombre de malades il n'y a pas eu de vomissements, et cependant il y a eu amélioration.

B. Taft.

Traitement des pleurésies exsudatives d'après Levacheff (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Roudneff a appliqué le procédé de Levacheff dans 13 cas de pleurésie, dont 10 séreuses et 3 purulentes. On sait que la méthode de Levacheff consiste à remplacer le liquide pleurétique au fur et à mesure de son extraction, par une solution physiologique de chlorure de sodium.

Les observations ont été prises très minutieusement ; on notait les variations quoti-

diennes de la température, du poids du corps, de la respiration, de la capacité pulmonaire, des quantités d'urines, de la densité de ces dernières. On notait. en outre, les modifications survenues dans le caractère de l'exsudation.

Voici ce qu'on constata :

Dans tous les cas où il s'agissait de pleurésie séreuse, la méthode de Levacheff exerçait une action favorable sur le processus inflammatoire de la plèvre. Cette méthode a bien des avantages sur la simple ponction : elle est mieux supportée par les malades, car le poumon a la possibilité de retourner progressivement à son volume normal ; l'exsudat se résorbe plus facilement grâce à une dilution progressive ; enfin, la méthode appliquée régulièrement ne présente aucun danger.

En ce qui concerne les pleurésies purulentes, Roudneff croit que la métode de Levacheff peut, dans un certain nombre de cas, remplacer la thoracotomie, mais ne se permet pas de formuler des conclusions définitives, vu le petit nombre d'observations.

B. TAFT.

Maladies du larynx du nez et des oreilles

Dr CASTEX

Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

Diagnostic et traitement des sinusites aiguës de la face par M. LERMOYEZ. *Presse médicale*, nº 15, 1898, — Aiguës, bénignes et très aisément curables sans opération, à leur début ; plus tard, chroniques, graves et difficilement curables par de larges opérations : tels sont les caractères usuels des sinusites purulentes.

Ces sinusites sont extrêmement fréquentes : en 1891 Gradenigo a fait l'autopsie nasale de 103 sujets pris au hasard et il a trouvé 19 empyèmes du sinus maxillaires ; soit environ 18 fois sur 100.

Étonné lui-même de cette fréquence, il a repris une nouvelle série de 100 autopsies choisies au hasard : cette fois il a rencontré la suppuration des sinus maxillaires 26 fois sur 100.

Donc, sur cinq malades quelconques, pris au hasard dans un hôpital, un au moins est porteur d'une sinusite.

Encore cette statistique est-elle même trop faible ; il n'y est pas tenu compte de l'existence des sinusites frontales, ethmoïdales et sphénoïdales, qui, quoique moins fréquentes que la sinusite maxillaire, ne sont cependant pas rares.

Le coryza aigu, d'une part, la carie dentaire d'autre part, sont les deux facteurs des sinusites. Les malades, atteints de coryza, s'infectent de deux manières : soit que l'inflammation se propage aux sinus par continuité de muqueuse (sinusite par propagation) soit que les mucosités y soient projetées par les efforts du moucher et les inoculent (sinusites par projection).

Les racines des molaires supérieures sont en rapport intime avec le plancher du sinus maxillaire. Souvent même, elles pénètrent dans sa cavité. Or, de toutes nos dents, ce sont les molaires supérieures qui se carient le plus souvent. De plus, de toutes les molaires celle qui se carie le plus facilement est la grosse molaire supérieure ; c'est aussi celle qui est en rapport le plus intime avec le sinus maxillaire.

Le sinus maxillaire est, de tous les sinus le seul interposé entre le nez et les dents. Voilà pourquoi il suppure beaucoup plus souvent que ses congénères : il a deux voies d'infection au lieu d'une. Cependant les autres sinusites, frontale et ethmoïdale surtout, ne sont pas uniquement nasogénes. En effet, ceci peut se produire : dans un premier temps, une dent cariée infecte le sinus maxillaire ; dans un deuxième temps, le pus du sinus maxillaire est conduit par l'apophyse unciforme jusqu'au sinus frontal qu'il inocule.

Un troisième acte est à craindre : l'infection de l'encéphale par la sinusite frontale.

Les cavités des sinus se comportent, au point de vue du danger cérébral, comme les cavités de l'oreille moyenne.

La sinusite maxillaire est la plus bénigne ; elle ne menace guère que l'œil ; par contre la sinusite ethmoïdale est sérieuse, parce qu'elle expose à la méningite de la base.

La sinusite frontale est grave, ayant pour principale complication l'abcès du cerveau.

Enfin la sinusite sphénoïdale est, de toutes, la plus à redouter, car sa complication classique, la thrombose du sinus caverneux n'est pas, comme l'abcès fronto-cérébral, justiciable de la chirurgie d'aujourd'hui,

Une sinusite purulente chronique, non-traitée rationnellement est incurable ; elle persiste toute la vie, quand elle n'en interrompt pas le cours.

Toute sinusite purulente aiguë doit guérir La guérison spontanée est la terminaison habituelle ; cette terminaison devrait être constante si le traitement n'était pas le plus souvent tardif et intempestif.

Cliniquement, il existe deux types de sinusites aigues : *a*) le type bénin qui ne détermine que de la douleur et de l'écoulement nasal. *b*) le type grave, avec trouble de l'état général et extériorisation locale.

La mort cérébrale est peu à craindre au cours des sinusites aigües vraies; les méningites ne surviennent le plus souvent qu'au cours de vieilles sinusites ayant subi un réchauffement brusque.

La terminaison par chronicité est la conséquence des erreurs de diagnostic qui font méconnaître la sinusite à son début.

Lermoyez a relevé les principales erreurs de diagnostic qui ont été faites. Pour les sinusites aiguës bénignes : coryza violent, coryza goutteux, névralgie dentaire, névralgie faciale a frigore, douleurs rhumatoïdes. Pour les sinusites graves : l'érysipèle de la peau, méningite, état méningitoïde, méningisme et enfin grippe. Frankel (de Hambourg) a examiné 146 sinusites, trouvées chez des malades ayant succombé dans les hôpitaux de Hambourg. Or, pas une seule de ces 146 sinusites n'avait été reconnue pendant la vie.

Il est cependant très facile de reconnaître une sinusite aiguë.

On doit considérer comme atteint de cette affection tout individu chez qui apparaissent soudainement et simultanément: une suppuration nasale et une névralgie faciale.

A la suite d'un coup de froid sur un coryza préexistant, ou au cours d'une rage de dents, un individu mouche tout d'un coup du pus; parfois, l'écoulement est si abondant qu'il tombe en gouttes hors du nez, quand la tête est penchée en avant. Le plus souvent l'écoulement est unilatéral. Souvent aussi ce pus est fétide et le malade a conscience de cette cacosmie.

Si le malade est couché, il ne se mouche pas; la déclivité fait couler les secrétions dans la gorge, ou elles sont avalées inconsciemment; mais alors on constate une nappe de pus épais qui tapisse le fond du pharynx.

La névralgie faciale est le deuxième signe pathognomonique; tout individu qui souffre de la tête en même temps que son nez suppure, a une sinusite aiguë.

Le traitement est des plus simples; il peut être appliqué par tout médecin. Pour assurer le drainage permanent des sinus malades, Lermoyez propose le menthol qui présente en l'espèce quatre avantages : 1° Il n'est pas toxique; 2° il est vaso-constricteur local; diminuant la tuméfaction de la muqueuse nasale, il rétablit la perméabilité des orifices sinusaux : 3° il est analgésique; 4° il est antiseptique.

Pour porter le menthol jusqu'à la muqueuse sinusale, on utilise sa volatilité à basse température.

Dans un bol d'eau très chaude, mais non bouillante, on jette, en l'y mêlant bien, une cuillerée à café de la solution suivante :

Alcool à 90°.....	100 gr.
Menthol cristallisé.....	4 gr.

On coiffe le bol d'un inhalateur quelconque, dont le plus commode est le « Bocalrhine de Moura », et on respire par le nez la vapeur qui s'en échappe. A défaut de cet appareil on peut se contenter de recouvrir le bol d'un entonnoir renversé, dont on introduit la petite extrémité dans la narine du côté malade. Le malade doit renouveler l'inhalation toutes les heures, pendant cinq ou dix minutes.

Cette inhalation provoque un flux nasal abondant qu'il faut moucher doucement et en maintenant une seule narine fermée.

On appuiera ce traitement en prescrivant l'application permanente de compresses humides chaudes sur le front en cas de sinusite frontale, sur les joues s'il y a sinusite maxillaire.

Les purgatifs sont utiles pour débarrasser l'intestin du pus avalé en abondance. L'antipyrine, la phénacétine calment les douleurs.

Enfin, il faut enlever sans retard toute molaire supérieure suspecte de causer la sinusite ou de l'entretenir.

L'effet des inhalations est le suivant :

1° La douleur cède tout d'abord, devient intermittente, puis disparaît définitivement en général avant le huitième jour;

2° L'écoulement nasal ne commence à diminuer que vers le cinquième jour. Tout d'abord il cesse d'être fétide, puis la secrétion prend de plus en plus le caractère muqueux;

3° L'opacité du sinus survit plusieurs semaines à la rétrocession de tous les autres symptômes.

G. Lyon.

Ophthalmoscopie

Dr Kopff

Médecin-oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement d'une tumeur angiomateuse de la paupière par l'électrolyse. (Service ophtalmologique du Dr Kopff, à l'hôpital Saint-Joseph). — Une petite fille de 14 mois est présentée par ses parents, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Saint-Joseph, le

15 septembre 1897, portant à la paupière supérieure de l'œil droit une tumeur angiomateuse veineuse congénitale, du volume et de la forme d'une amande. La peau est soulevée par le paquet vasculaire, qui apparaît au-dessous d'elle avec une teinte bleuâtre.

Les parents ont déjà consulté ailleurs et d'après ce que je comprends, de leurs renseignements, on a dû pratiquer des ponctions et des injections coagulantes, le tout sans aucun succès. Je me décide alors à pratiquer l'électrolyse, qui en trois séances a donné un résultat complet, le nœvus ayant disparu et ne rappelant son existence que par une coloration rougeâtre de la peau affaissée. Je ne me suis servi que d'une seule aiguille, étant donné le volume relativement restreint du nœvus; l'emploi de plusieurs aiguilles enfoncées simultanément devant être réservé pour des tumeurs plus volumineuses. J'enfonçais une aiguille en platine négative, dans l'épaisseur et dans toute la longueur du grand axe du nœvus, le pôle positif sous forme de plaque métallique recouverte de peau de chamois, et fut appliqué sur la tempe droite. L'intensité du courant n'a jamais dépassé 4 milliampères et la durée des séances 3 à 4 minutes.

Dès la première séance, j'ai constaté une légère diminution du volume de la tumeur, ce qui m'a fait renoncer a recourir à l'électrolyse bi-polaire, c'est-à-dire à introduire les deux pôles dans la tumeur. La guérison a donc été obtenue par l'électrolyse négative seule, de faible intensité, appliquée trois fois pendant 2 à 4 minutes; le résultat étant dû dans ces conditions à la seule action chimique du courant.

Dr KOPFF.

Traitement des conjonctivites membraneuses staphylo-streptococciques par le sérum de Marmorek. — Travail de M. AUBINEAU, de Brest, présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris, séance du premier février 1898. — M. AUBINEAU adresse deux observations de conjonctivite pseudo-membraneuse, d'origine non diphtérique prouvée par l'examen bactériologique et par l'inefficacité du sérum antidiphtérique. Après avoir constaté la présence du streptocoque, l'auteur pratiqua une injection de sérum de Marmorek, à la suite de laquelle l'amélioration fut immédiate, et la guérison complète le surlendemain, dans les deux cas qui étaient restés rebelles à à toute autre médication.

Dr KOPFF

Pommade salicylée dans le traitement du catharre printanier par RANDOLPH de Baltimore. (*Britisch Medical Journal*, 8 janvier 1898.) — L'auteur se sert dans les cas de conjonctivite catarrhale printanière, toujours très rebelles aux diverses médications, d'une pommade avec acide salicylique et lanoline de préférence à la vaseline (0,30, à 0.60 gr). Cette pommade est appliquée matin et soir en massages, après instillation de cocaïne. Il apporte trois observations à l'appui.

Dr KOPFF.

Traitement dès ulcérations de la cornée chez les enfants par M. J. GRIFFITH de l'hôpital Royal ophtalmique de Westminster. (*Treatment* 9 décembre 1897). — L'Auteur classe les ulcères de la cornée chez les enfants, en trois catégories: ulcère central, ulcère phlycténulaire et ulcère vascularisé. Il décrit leurs symptômes communs et particuliers et comme traitement recommande, outre le traitement général auquel il ajoute justement une grande importance, une pommade composée à la fois d'atropine, de cocaïne et d'oxyde jaune d'hydrargyre, et qu'on doit appliquer par un massage bi-quotidien. Lorsque le sel mercuriel n'est pas toléré et produit de l'irritation, il emploie un collyre composé d'acide borique, d'atropine et de cocaïne et instillé trois fois par jour. Lorsqu'au bout de quinze jours à trois semaines, les symptômes ne sont pas amendés, l'auteur cautérise au nitrate d'argent après cocaïnisation. L'auteur n'est pas partisan des bandages et leur préfère les lunettes fumées ou les larges abats-jour.

Dr KOPFF.

Leucosarcome de l'iris par les Drs VAN DUYSE (Gand) et VAN SCHEVENSTEIN (Anvers) (*Archives d'ophtalmologie*, avril 1897.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un cas de tumeur leucorsarcormateuse de l'iris. Cette tumeur est très rare, puisqu'on n'en connaît que sept cas et que celui qu'il leur a été donné d'observer est le huitième. Le dianostic clinique a été fait par élimination entre les diverse tumeurs non mélaniques de l'iris : kystes terreux ou perlés, gommes, tubercules, lymphomes, lépromes, cysticerques et leucosarcomes. Etant donné l'accroissement rapide du mal, les phénomènes glaucomateux qui en s'accentuant devaient amener la perte de la vision; étant donné qu'il était impossible d'enlever le néoplasme à travers une plaie cornéenne avec excision de l'iris, le traitement qui s'imposait était de pratiquer l'énucléation de l'œil. La guérison a été régulière et il n'y a pas eu de

récidive, ni de métastase jusqu'ici. L'examen histologique a confirmé le diagnotic clinique.

Dr Kopff.

Du vésicatoire en ophtalmologie. — (*Académie de médecine*, séance du 9 février 1898). — M. le Professeur Panas est venu préconiser et défendre l'emploi du vésicatoire en ophtalmolagie, au cours de la discussion dans laquelle M. Huchard a condamné son usage en médecine générale comme inutile et dangereux.

M. Panas expose que la révulsion donne d'excellents résultats en chirurgie générale, dans les arthrites, l'hydarthrose, les engorgements parenchymateux inflammatoires (mamelle, corps thyroïde, ovaire, testicules); que les vésicatoires ont donné des guérisons dans la méningite non tuberculeuse et les phlegmons chroniques de la fosse iliaque, etc.

En ophtalmologie. il a encore fréquemment recours au vésicatoire sans inconvénients et au contraire, avec avantage sous fornie de mouches de milan appliquées à la tempe, dans les névralgies ciliaires, péri-orbitaires, dans les inflammations oculaires chroniques ou arrivées au déclin.

Dr Kopff

Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse par le Dr Desvaux. *Archives d'ophtalmologie*. (fevrier 1898). — Dans ce travail, l'auteur apporte une statistique de 51 cas recueillis dans le service de M. Panas, desquels il conclut : que la syphilis, héréditaire ou acquise (22 fois), est la cause la plus fréquente de la kératite parenchymateuse ; mais que la syphilis est loin d'être la seule cause de cette kératite, attendu que dans 30 à 50 0/0 des cas, il est impossible de retrouver cette étiologie et qu'on observe cette kératite parenchymateuse chez les animaux réfractaires à la syphilis.

La tuberculose vient en première ligne après la syphilis, comme fréquence étiologique ; puis ensuite l'impaludisme, l'influenza, le rhumatisme, la goutte, les affections utérines, la grossesse et le rachitisme. Dans la plupart des cas, les injections profondes d'huile biiodurée d'hydrargyre donnent de bons résultats et l'iodure de potassium, administré ensuite achève la guérison.

L'iodoforme à l'intérieur, dans la tuberculose surtout et dans la scrofule, réussit souvent.

Enfin, il faut toujours instituer, en même temps, un traitement général et reconstituant : car on a affaire avant tout à une affection débilitante et cachectique.

Dr Kopff.

Prophylaxie et traitement de l'ophtalmie gonorrhéique du nouveau-né. — (*Fortschritte der Medicin* no 4 1898). — Furst préfère à la dénomination d'ophtalmie purulente le terme de « gonorrhéique » ; ses recherches concernant le traitement ont spécialement tendu à comparer le procédé classique (nitrate d'argent) à l'emploi du protargol. Les solutions de protargol doivent de préférence être préparées de la façon suivante : on mélange 10 gr. de protargol avec 10 gr. de glycérine et on en prépare une pâte épaisse que l'on fait ensuite dissoudre au bain-marie dans environ 90 gr. d'eau.

Il est certain que la proportion d'argent est bien inférieure dans une solution de protargol à celle que contient nne solution de nitrate d'argent, mais il ne faut pas oublier en revanche que cette dernière se décompose en présence du chlorure de sodium et des albuminoïdes des sécrétions, et donne des précipités insolubles, tandis que rien de pareil n'est a craindre avec le protargol. On se souviendra en outre que l'acide nitrique contenu dans le nitrate exerce une action caustique et irritante ; provoquant une macération de l'épithélium superficiel. Cette action n'offre certes pas d'inconvénients dans la grande majorité des cas, mais il est préférable d'utiliser un composé tel que le protargol présentant une action antigonorrhéique spécifique et n'irritant pas les muqueuses ; il n'est enfin pas nécessaire d'avoir un personnel bien stylé à sa disposition pour se servir du protargol.

Le procédé prophylactique de Crédé n'est pas adopté par tous les accoucheurs, dont quelques-uns on préconisé des grands lavages, ou des instillations avec des solutions à base de substances différentes du nitrate d'argent. L'emploi prophylactique du protargol semble tout indiqué pour remplacer tous ces procédés y compris celui de Crédé L'auteur a appliqué dans 8 cas la méthode suivante : nettoyage à la naissance des yeux dont il est inutile d'écarter les paupières au moyen de tampons d'ouate imbibés d'une solution de protargol à 10 0/0 (*voir plus haut*) : asséchement rigoureux consécutif. Les 8 nouveaux-nés choisis pour cette expérience avaient pour mères des sujets atteints de blennorrhagie ou de catarrhes suspects : aucun d'entr'eux n'a présenté d'accidents ophtalmiques.

Chez 16 autres enfants, le protargol a été

utilisé dans un but thérapeutique : dans les 16 cas, existait de la conjonctivite gonorrhéique et dans 2 d'entr'eux de la kératite.

Les deux premiers jours on se servit de solutions à 10 0/0, puis on s'adressa à des solutions à 5 0/0, trois fois par jour; en outre, on instilla deux fois par jour une goutte de ces solutions. Dans les cas compliqués de kératite, on appliqua en outre en permanence des compresses imbibées d'eau boriquée tiède à 5 0/0 : dans les autres cas, compresses à l'eau glacée. Tous ces cas ont guéri en 5 à 10 jours sans accidents; la méthoïde paraît plus sûre, plus rapide et plus facile à appliquer que celle qui se base sur l'emploi du nitrate d'argent.

On se servira de solutions fraîchement préparées pour éviter leur oxydation; ces solutions ne tachent jamais le linge et ne sont absolument pas irritantes,

Le lavage au protagol suffit pour la prophylaxie, sauf dans les cas ou la mère est suspecte de blennorrhagie : dans ces cas, on fera en outre des instillations.

E. VOGT

Maladies vénériennes, Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Petite chirurgie dermatologique. Indications de la cautérisation ignée, par BROCQ. (*Presse médicale*, no 15 p. 90, 1898).

Lupus vulgaire. — Si la surface malade est recouverte de croutes ou de squames, on les enlève avec des pulvérisations ou avec des cataplasmes : presque toujours il suffit de l'enduire de vaseline en frictionnant doucement, puis d'essuyer; on distingue alors avec netteté les tubercules sous forme de nodules d'un jaune sucre d'orge, un peu transparent.

La pointe du cautère sera portée au rouge sombre seulement. La première indication, celle qui est de beaucoup la plus importante, est qu'il faut enrayer la marche extensive du mal. On doit donc cercler, tout d'abord, la néoplasie d'une série de cautérisations ponctuées, juxtaposées linéairement, empiétant de 2 ou 3 millimètres sur les tissus en apparence sains; puis on couvre de pointes de feu la surface circonscrite par cette bordure.

La pointe du galvanocautère doit pénétrer perpendiculairement à la peau, assez profondément pour dépasser un peu la limite du mal; la consistance des tissus donne à ce point de vue des indications assez précises. Le tubercule du lupus est mou et très friable; le cautère s'y enfonce sans aucun effort, comme dans du beurre; le tissu normal est beaucoup plus ferme et, dès que la pointe l'atteint, la main perçoit assez nettement une résistance qui l'arrête. Si l'on ne pénétrait pas à une profondeur suffisante, il se ferait une guérison cicatricielle et, au-dessous de la cicatrice, les fragments de tubercules épargnés repulluleraient.

Les ponctions ignées doivent être éloignées d'environ 2 à 3 millim.

Au voisinage des orifices, près de la bouche, près des paupières, on devra être très prudent au point de vue des cicatrices vicieuses qui se produisent facilement en ces régions.

Quand l'opération a été bien faite, il ne se produit aucune hémorrhagie.

Si l'opération est suivie d'une réaction vive avec congestion intense, tuméfaction des téguments, etc., on ordonnera des pulvérisations d'eau boriquée pure ou additionnée de quelques gouttes de liqueur de Van Swieten, puis des pansements avec des cataplasmes froids de fécule de pommes de terre, ou bien des compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée, ou encore de la vaseline boriquée en couche épaisse.

Si, au contraire, le lupus est tolérant, on utilisera des topiques modificateurs; on fera chaque jour une lotion au sublimé à 1 pour 2,000 ou à 1 pour 1,000, après laquelle on recouvrira le lupus d'un emplâtre plus ou moins énergique, emplâtre rouge de Vidal, emplâtre de Vigo, emplâtres salicylés, resorcinés, créosotés. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, on applique des emplâtres à l'oxyde de zinc salicylé ou des emplâtres à l'acide borique et l'on passe rapidement à l'emplâtre rouge d'E. Vidal; vers le septième ou le huitième jour, on prend l'emplâtre de Vigo; enfin, quand la cicatrisation est presque complète, on a recours aux emplâtres salicylés, résorcinés, créosotés...

Si, après la chute des petites escharres, la réparation des tissus se fait difficilement, s'il persiste des petites ulcérations atoniques, on emploie des poudres cicatrisantes, telles que l'iodoforme, et à son défaut, l'iodol, l'aristol ou l'europhène.

Si la plaie a mauvais aspect, on la touche avec une solution faible de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent.

Dès que la cicatrisation est complète, c'est-à-dire en moyenne au bout de quinze à vingt jours, on procède à une nouvelle cautérisation.

Le nombre total des séances nécessaires pour arriver à la guérison complète est variable suivant les cas.

Il est utile de terminer par une série de scarifications un traitement commencé par la méthode des cautérisations ignées. Par ce moyen on obtient une cicatrice plus lisse et plus régulière.

La cautérisation ignée n'est pas indiquée dans les formes superficielles et aberrantes du lupus érythémateux (érythème centrifuge symétrique). Il semble même qu'elle donne une nouvelle impulsion à la maladie.

Épithéliomes. — La cautérisation ignée a été préconisée par M. E. Besnier dans le traitement des épithéliomes superficiels de la face, et en particulier dans les épithéliomes dits perlés, dans ceux qui se développent sournoisement sous les plaques grisâtres, dites de séborrhée concrète, que l'on observe si souvent chez les vieillards.

Il faut commencer par volatiliser toute la périphérie par une série de cautérisations ponctuées tangentes. On doit largement dépasser la zone malade et pénétrer également en profondeur jusqu'aux tissus résistants.

Après avoir ainsi circonscrit la néoplasie, on volatilise tout le centre.

Quand c'est possible, on laisse ensuite se faire la cicatrisation sous la croûte consécutive à la brûlure. Mais s'il se produit des phénomènes d'inflammation, on panse d'abord, soit avec de la vaseline résorcinée au 1/150e ou au 1/100e, soit avec emplâtre à l'oxyde de zinc, en faisant des lavages à l'eau boriquée; puis, dès que l'inflammation est calmée, on fait les lavages avec une solution de résorcine au 1/110e avec une solution concentrée de chlorate de potasse, et on panse avec une pommade à l'iodol et à l'aristol, etc.

Molluscum pendulum, papillomes, verrues. — La cautérisation ignée rend de grands services dans le traitement des petites tumeurs bénignes de la peau. Si la tumeur est volumineuse et pédiculée on la saisit avec une pince et on sectionne le pédicule avec le cautère, puis on détruit largement le point d'implantation de la tumeur.

Nævi. — La cautérisation ignée doit céder le pas à l'électrolyse dans le traitement des nævi.

Acné. — Pour le traitement de l'acné phlegmoneuse et indurée, il y avantage à recourir d'emblée à la cautérisation. On ouvre avec la pointe rougie toutes les collections purulentes dermiques et sous-cutanées, et tous les noyaux d'induration, qui, tôt ou tard, aboutiraient à la suppuration.

Sycosis, Folliculites. — Même conduite à tenir dans le traitement des folliculites.

G. Lyon.

Traitement de la syphilis dans l'armée par les injections intra-musculaires de mercure (*The British med. Journal* 19 février 1898.) Lambkin fait ressortir les avantages que présente cette méthode lorsqu'il s'agit de traiter les militaires : 1° Le chirurgien appliquant lui-même ce traitement, le patient ne saurait s'y soustraire ; 2° on n'observe jamais de diarrhées ni d'indigestions ; 3° il y a un grand bénéfice pour l'Etat à ce qu'on adopte cette méthode, le nombre des journées à l'hôpital étant notablement diminué.

Les résultats obtenus dans les six dernières années par l'auteur sont importants : la guérison de l'accident primaire a toujours été remarquablement rapide. Le militaire syphilitique ne séjourne à l'hôpital que le temps strictement nécessaire, pour triompher des manifestations les plus marquées des deux premiers stades de l'affection : plus tard, il se présente à la visite une fois par semaine pour recevoir une injection.

La préparation usitée a été un mélange à parties égales de mercure métallique, de lanoline pure et d'huile phéniquée à 2 0/0. On injecte dix gouttes chaque fois, comme dose maxima. Pour environ 6.000 injections, on n'observa pas un seul abcès. Les douleurs sont nulles, ou à peine appréciables; jamais les injections n'ont forcé le militaire à quitter son service, une fois sorti de l'hôpital.

En général, le militaire à l'hôpital reçoit une injection par semaine; la région fessière a été invariablement choisie pour effectuer cette injection.

Le poids du malade est une indication qu'il ne faut pas négliger en cours de traitement : tant que ce poids augmente ou reste stationnaire, on continuera les injections : on cessera la médication pendant quelque temps si l'on observe une diminution de poids. Cette règle trouve surtout son application dans les pays tropicaux.

En résumé, l'auteur est convaincu que si l'on adopte le traitement qu'il préconise dans l'armée anglaise toute entière, le nombre des journées d'hôpital, des cas de réformes, etc., diminuera dans de notables proportions.

H. Voor.

Maladies des voies urinaires

Dr CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux.

Des fistules vesico intestinales acquises chez l'homme. Traitement par G. CHAVANNAZ. (In *Ann. G. U.* 1898, p, 85 et 203).

1° FISTULES VÉSICO-INTESTINALES PROPREMENT DITES :

a) Traitement médical :

Régime trés nutritif, en évitant les corps étrangers, pépins, os, etc. — S elles régulières — évacuation complète de la vessie. Traitement général si la tuberculose est en cause

b) Traitement chirurgical :

1°) Palliatif: création d'un anus artificiel ou encore entéro-anostomose.

2°) Curatif: Il consiste à supprimer la communication anormale de la cavité vésicale et du tube digestif.

a) par la voie transvésicale: consistant en la taille hypogastique, la recherche de la fistule et l'avivement, la suture, et la fermeture de la plaie abdominale.

b) Par la voie transpéritonéale: consistant en la laparotomie, la recherche au siège de la communication anormale, le traitement des orifices, (avec ou sans resection de l'intestin, ou exclusion intestinale de Hochenegg) et la fermeture de la paroi.

IIo FISTULES VÉSICO-RECTALES :

a) Traitement médical ut supra;
b) Traitement chirurgical;
1) Palliatif. Création d'un anusiliaque ;
2) Curatif. La suppression de la communication se fera :

a) par la voie *rectale*;
b) — *transvésicale;*
c) — *périnéale* (rare);
d) — *sacrée;*
e) — *transpelvienne antérieure* (rare);
f) — *transpéritonéale antérieure* (rare);

Tenir compte de la nature cancéreuse ou tuberculeuse de la lésion.

E. CHEVALIER.

Traitement du rein mobile par le Dr FORGUE (In *Nouveau Montpellier Médical*), 1898 p. 161.

I. TRAITENENT ORTHOPÉDIQUE :

Les reins les plus mobiles ne sont pas les plus douloureux, et le néphroptose n'est pas toujours la cause des accidents nerveux que la névropathie explique mieux : enfin la coexistence de l'entéroptose ou de lésions génitales, etc,, peut rendre inutile un traitement chirurgical. L'état général du sujet peut aussi le contre-indiquer: on fera donc un traitement orthopédique.

Sangle de Glénard (associée au traitement de la dyspepsie), bandage à pelote : voila les appareils les meilleurs qu'on appliquera après avoir réduit le rein.

II. TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

Il est commandé par les douleurs, les phénomènes nerveux, les phénomènes digestifs persistants; et aussi par des crises d'hydronéphrose intermittente.

Quant à la technique de la néphrorrhaphie, c'est celle de Guyon que nous avons déjà reproduite plusieurs fois ici.

E. CHEVALIER.

Gynécologie

Dr BLONDEL
Ex-préparateur à la Faculté de médecine

Anatomie et fonction du plancher pelvien. Opérations pour restaurer les déchirures causées par l'accouchement.— Au XXIXe cong. ann. de la Soc. méd. de New-York, janv. 98 le Dr J. RIDELLE GOFFE, expose quelques remarques sur ce sujet. Selon lui, la fonction du périnée est passive et a un triple but, 1° Remplir l'espace anatomique dans cette région. 2° Servir d'attache à une extrémité du muscle releveur de l'anus. 3° Se retirer devant la présentation quand la tête de l'enfant descend, le releveur de l'anus retire le périnée devant la face de l'enfant. Pendant la défécation, dans les cas de rupture du périnée, la tendance de la masse fécale est de s'échapper par la vulve, en raison de la résistance tendineuse postérieure. Il en résulte un rectocèle. Le but de l'opération de la reconstitution du périnée devrait être de faire disparaître le rectocèle, et de replacer les deux extrémités des muscles du périnée, qui, en se rétractant, ont mis de côté le releveur de l'anus. Le Dr Goffe décrit alors, à l'aide d'un diagramme, sa méthode pour introduire les sutures entièrement par le vagin. Il constate que les patiente se trouvaient fort bien après cette opération, et demandaient si peu de surveillance ensuite qu'on pouvait parfaitement faire cette opération à domicile.

Le Dr GEORGE M. EDEBOHLS ouvre la discussion et dit qu'on peut constater l'adoption de plus en plus générale de l'opération d'Alexander. Il préfère ouvrir tout le canal inguinal et employer le procédé de Bassini.

Le Dr W. GILL WYLIE (de New-York) trouve

l'opération d'Alexander excellente, mais il constate que lorsque certaines conditions pathologiques ont pu être soulagées par un traitement approprié, il n'y avait guère de raisons de pratiquer l'opération. Il est d'accord avec M. Cragin sur la nature de l'opération vaginale, et exprime l'espoir que la prochaine amélioration qu'on y apportera sera une restauration de l'aspect et de la taille normale du vagin. Quant à la fonction du périnée, il estime qu'elle est active, et que lorsqu'il se produit une rupture, certains tissus sont déchirés et d'autres détruits.

Le Dr E. R. VANDER VEER (d'Albany) remarque qu'il a été probablement le premier dans sa région à employer la voie vaginale, car il y a déjà dix-huit ans qu'il y a recours.

R. BLONDEL.

Hernies et herniotomies au cours de la grossesse et après l'accouchement. (*Deutsche med. Wochenschrift* n° 9, 1898). — Le Pr FISCHER de Berlin a eu l'occasion d'observer deux cas de hernie étranglée chez des femmes en couche et six cas chez des femmes enceintes. (Deux cas de grossesse au troisième, deux au cinquième et deux au sixième mois.) Il s'agissait quatre fois de hernies ombilicales, trois fois de hernies crurales et une fois d'une hernie inguinale.

Il est fort difficile de faire porter un bandage aux femmes enceintes : en cas de hernies ombilicales, on recourra aux bandes de sparadrap : dans tous les cas, on recommandera le repos horizontal et le port d'un bandage anglais dans les cas de hernie non ombilicale. Il ne faut pas hésiter à intervenir en cas d'étranglement, sous la condition expresse d'éviter l'anesthésie générale et de recourir à l'anesthésie locale, qui met les malades à l'abri de toute complication et n'influence en rien le cours normal de la grossesse.

E. VOGT.

De l'anestésie obstétricale par la suggestion hypnotique. (*Journal russe d'accouchements*, n° 5, 1897.) — Le cas cité par KHOVRINE concerne une femme atteinte d'hystéro-épilepsie. L'application de la métallothérapie conjointement avec la suggestion a notablement amélioré son état avant qu'elle fût devenue enceinte.

Dès les premières douleurs on vit qu'on pouvait s'attendre à une attaque d'hystéro-épilepsie. Alors on lui suggéra de dormir tranquillement, de ne ressentir aucune douleur pendant les contractions utérines et de se réveiller à la première injonction. La malade s'endormit. Pendant son sommeil on constatait que l'utérus se contractait nettement et que le col se dilatait. On réveilla la malade en lui disant : « Maintenant vous devez vous réveiller, être très bien; vous ne ressentirez aucune douleur jusqu'au dernier moment. »

Pendant le cours ultérieur de l'accouchement la malade à chaque contraction perdait connaissance mais revenait rapidement à elle. Enfin, douze ou quinze minutes avant la sortie de la tête elle ressentit tout à coup d'intenses douleurs et se mit à crier.

En somme, dans ce cas, la suggestion a donné un résultat assez favorable pour tenter les accoucheuses à recourir à ce moyen dans des circonstances semblables.

TAFT

De l'anesthésie dans les accouchements anormaux. (*Journal russe d'accouchements*, n° 3, 1897.) — Dans trois cas d'accouchement où les contractions utérines étaient excessivement douloureuses et avaient un caractère convulsif, ARCHANGELSKY a recouru avec succès à l'anesthésie sous forme de badigeonnages du ventre avec le mélange suivant :

Chloroforme.....	1 partie
Huile d'olive.....	2 à 3 —

On mettait sur le ventre une épaisse couche de ce mélange et on le recouvrait d'une compresse froide. Ordinairement les douleurs diminuaient rapidement d'intensité, les contractions se régularisaient, la dilatation s'accélérait et l'accouchement en somme se faisait plus rapidement. Ajoutons encore que la parturiente ne ressentait aucune douleur, même pendant le passage de la tête.

Les badigeonnages étaient répétés assez souvent, pendant un laps de temps variant de six à huit heures. La quantité de chloroforme employée au maximum n'a jamais dépassé 30 grammes. Comme dans l'anesthésie complète, les badigeonnages affaiblissent à la fin de l'accouchement la force contractile du muscle utérin, mais ils ne semblent pas exercer d'influence fâcheuse sur le fœtus.

B. TAFT.

Pharmacologie

Dr VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Action diurétique de l'urée. (*Therap Monats heft* Mars *1898*). — FUTRAN de Charkow a soumis à l'expérimentation l'action diurétique

l'urée chez 14 sujets (2 cas de cirrhose, 2 de de pleurésie séreuse, 2 d'emphysème, 1 de myocardite, 1 d'insuffisance aortique, 1 de néphrite interstitielle, 5 sujets sains). Dans aucun cas, l'augmentation de la diurèse ne fut marqué ; les transsudats et exsudats ne furent pas influencés, alors que d'autres diurétiques donnèrent chez les mêmes malades d'excellents résultats. En tous cas, la médication est absolument inoffensive, même à hautes doses (jusqu'à 30 g. par jour).

Les succès enregistrés par Klemperer furent obtenus chez des malades qui ingéraient, en cours de traitement, deux litres de lait par jour. Futran a supprimé le lait chez les sujets en expérience, aussi se demande-t-il si ce n'est pas plutôt le lait qui a, chez les malades de Klemperer, agi comme diurétique énergique.

E. VOGT.

Recherches concernant une préparation ferrugineuse nouvelle (*Deutsche med. Wochenschrift* nº 9, 1898) AUFRECHT recommande un mélange de sulfate ferreux desséché et de carbonate de soude sous forme de tabloïd, recouvert d'une couche protectrice de sucre Dans l'estomac, ce tabloïd se dissout et la double décomposition suivante se produit.

On obtient ainsi du carbonate de protoxyde de fer et du sel de Glauber : la décomposition ne se fait pas à l'intérieur du tabloïd qui reste inaltérable, et la combinaison assimilable prend naissance au moment de la dissolution du tabloïd dans l'estomac, sans qu'aucune oxydation ne puisse intervenir et transformer le composé ferreux en oxyde insoluble, impropre à l'assimilation,

E. VOGT

Terraline, nouvel excipient pour pommades. (*Deutsche med. Zeitung*. 7 mars. 1898.)— EICHLOFF donne le nom de terraline, à un mélange contenant du sulfate de chaux éteint, du kaolin, de la silice, de la lanoline, de la glycérine et quelques antiseptiques neutres. Les proportions respectives des composants peuvent varier : le mélange présente une couleur blanc jaunâtre, une odeur agréable, une consistance rappelant la lanoline. La pâte doit être homogène.

Les avantages principaux de cet excipient sont les suivants : 1º inaltérabilité ; 2º absence d'irritation au point d'application ; 3º action absorbante légère, permettant les échanges nutritifs dans la région où la pommade est appliquée ; 4º incorporation facile de produits médicamenteux dans la masse de l'excipient.

Toutes les substances actives usitées en dermatologie ont été essayées par l'auteur : elles donnent avec la terraline (dont la formule varie, comme nous l'avons dit plus haut) des pommades inaltérables, faciles a enlever au moyen d'un simple lavage à l'eau, et dont l'action thérapeutique est supérieure à celle des préparations usuelles.

E. VOGT.

Pour l'iodoforme. (*Journal de méd. milit. russe*, octobre 1897.) — Actuellement que l'iodoforme est attaqué assez violemment, il est, pensons-nous, utile de signaler à côté de l'attaque, la défense. GUEORGUIEWSKI, dans un travail récemment publié, défend précisément l'iodoforme. Depuis trois ans, il emploie cet antiseptique sous la forme de la pommade vante :

Poudre d'iodoforme....	20 grammes.
Baume du Pérou.....	4 —
Huile de menthe.....	5 gouttes.
Vaseline blanche.....	16 grammes.

Après que, sous l'influence de cette pommade, la plaie s'est bien détergée, on introduit des bandelettes de gaze enduites de la même pommade, dont l'excès est enlevé. La plaie est recouverte d'un pansement simple. La formation du pus dans la profondeur de la plaie (dans le phlegmon, par exemple) diminue considérablement déjà pendant les premières vingt-quatre heures ; au bout de très peu de temps, il se produit des granulations qui repoussent les bandelettes de gaze introduites dans la profondeur de la plaie. Bientôt la cicatrice se forme. La pommade sus-indiquée exerce une action particulièrement favorable dans les ulcères et les fistules. Jamais l'auteur n'a observé ni la propagation du processus inflammatoire en profondeur, ni aucune autre complication. D'une façon générale, ce procédé amène rapidement la guérison.

D'après Gueorguiewsky, le baume du Pérou qui entre dans la composition de la pommade provoque une émigration abondante des leucocytes dans la plaie, ce qui a pour résultat la formation rapide du jeune tissu cicatriciel. Grâce à l'irritation des tissus que déterminent le baume du Pérou d'un côté, l'huile de menthe de l'autre, l'odoforme entre en contact plus étroit avec les tissus et agit ainsi d'une façon plus efficace. Pour bien conserver la pommade, on fera bien de la mettre dans un flacon avec un bouchon fermant hermétiquement.

B. TART.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Erysipèle,

Traitement préventif

Dans l'intervalle des poussées d'érysipèle à répétition (érysipèle cataménial, etc.), traiter les lésions cutanées (eczéma chronique, acné, etc.) et les lésions des muqueuses (rhinite, dacryocystite, gingivo-stomatite) qui peuvent recéler le streptocoque.

Traite notamment l'eczéma par les lotions résorcinées (2 à 5 p. 1000), les applications d'emplâtres à l'oxyde de zinc..; la rhinite par les lavages du nez à l'aide de solutions faibles de borate de soude, par l'instillation d'huile mentholée à 5 p. 100 (V à X gouttes), par la vaseline boriquée et mentholée...

Traitement général

Apeu près nu dans les cas bénins : repos au lit, *régime lacté*, boissons rafraîchissantes, *purgatif salin* (sulfate de maghésie ou de soude) quand l'embarras gastrique est très marqué.

En tous cas, lavages quotidiens de l'intestin (*entéroclyse*).

Si la température est élevée, administrer le *sulfate de quinine*.

Chez les alcooliques, administrer *l'alcool* larga manu (100 à 150 gr. de potion de Todd) et l'*extrait thebaïque* à hautes doses (0 gr. 10 à 0 gr. 20).

Quand il existe, en même temps que l'hyperthermie, des phénomènes généraux graves d'infection : langue sèche et rôtie, agitation, délire, administrer systématiquement les *bains froids* à 20 degrés, suivant la méthode de Brand.

En dehors de cette indication spéciale, les *bains tièdes* sont toujours bienfaisants.

S'abstenir des injections de sérum antistreptococcique dont les effets sont incertains et qui peuvent être suivies de suppuration.

Traitement local

Eviter d'une façon générale l'emploi des topiques antiseptiques irritants :

Dans les cas de moyenne intensité, se borner à l'*enveloppement* des parties atteintes avec la tarlatane imbibée de solutions de résorcine à 10 p. 1000 ou de sublimé à 4 p. 1000 ou bien *onctions avec la vaseline boriquée*, avec la vaseline à l'*iodoforme* et à la *créoline* (1 p.10), la *vaseline* à *l'ichthyol* (1 p. 10), la *gélose au sublimé* (Gallois).

Eau.....	100 gr.
Gélose	1 —
Sublimé.....	aa 1 10
Acide tartrique.....	

(Renouveler l'onction plusieurs fois par jour).

Moyens plus efficaces, mais douloureux.

a.) Application de *traumaticine à l'ichthyol.*

1. Chloroforme.. 90 gr. Gutta percha. — traumaticine aa parties égalps

2. Ichtyol.....,. 10 gr.

(Juhel-Rénog.)

b.) Badigeonnages d'*alcool phéniqué*. (Hayem.)

Avec un pinceau imbibé d'un mélange à parties égales d'alcool et d'acide phénique cristallisé, badigeonner la plaque sur une zone de 2 cent,, dont 1 cent. de peau saine et 2 cent. de peau atteinte.

c) Pulvérisations de sublimé (Classen, Talamon).

Sublimé.....	aa 1 gramme.
Acide citrique ou tartrique.	
Alcool à 90°	5 cent. cubes.
Ether.....	q. s. pour faire 50 c. c.

Faire les pulvérisations deux ou trois fois par jour avec un pulvérisateur à main de Richardson. Les pulvérisations doivent porter sur une surface d'environ 3 cent. correspondant au bourrelet, tantôt sur la partie saine, moitié sur la partie malade.

(Les pulvérisations chaudes de liqueurs de Van Swieten sont préférables).

On peut encore essayer les pansements avec la lanoline additionnée de 5 fois son poids de sérum antistreptococcique (Chantemesse).

G. Lyon.

PETITE CHRONIQUE

L'affaire Laporte est enfin terminée. Les journaux quotidiens ont fait connaître à son heure l'acquittement de notre confrère, qui, au train dont vont les choses, est déjà presque une vieille histoire. Les considérants du jugement, très remarquables, très étudiés, très précis quant aux satisfactions qu'ils donnent aux droits du corps médical, ont été publiés partout, et, de fait, ils méritent de demeurer historiques.

Tout n'est pas bien, cependant, qui finit bien, n'en déplaise à la sagesse des nations, une vieille radoteuse, comme l'on sait, et cette fâcheuse affaire a été malheureusement fertile en conséquences funestes de toutes sortes, où tout le monde y a pâti, public, médecins et magistrats. Pour chacun, il y a autant de morales particulières à tirer de l'évènement. Je ne veux parler que de ce qui nous concerne.

Il est convenu que le corps médical a donné un admirable exemple de solidarité professionnelle à l'occasion de l'affaire Laporte : du moins nous le crions tous bien haut. C'est là une trop belle chose, trop désirable, trop rare surtout, pour que j'en veuille atténuer l'effet par aucune recherche des mobiles qui ont amené ce résultat inaccoutumé. Je ne puis m'empêcher cependant de rester rêveur quand je lis, dans le compte-rendu sténographié que j'ai sous les yeux, cette phrase de M. l'avocat général Blondel :

« Si cette affaire nous a donné la preuve de la solidarité qui existe entre médecins, on n'a fait d'exception à cette solidarité, il faut bien en convenir, que pour les médecins experts....»

Et si l'on relit attentivement tout ce compte-rendu des débats, si instructif à tant de points de vue, si on suit pas à pas le remarquable résumé du conseiller Ayraud, l'interrogatoire si bienveillant du président, le réquisitoire de l'avocat général dont on peut presque dire qu'il a été le vrai *défenseur* de Laporte, on découvre peu à peu l'étonnement discret, mais non douteux, de ces magistrats de bonne foi, devant la façon dont les rapports des experts ont été compris par le corps médical, devant l'animosité incroyable qui s'est déchaînée contre l'honorable M. Maygrier, devant les questions de personnalités enfin, qui ont été si fâcheusement mêlées aux débats.

Il faut avoir le triomphe modeste, mais je ne puis résister à la satisfaction de constater que tout le plan du discours de l'avocat général était point pour point contenu dans l'article que j'écrivais ici même il y a un mois, et qui n'était que l'opinion formulée de beaucoup de gens sages qui furent les véritables amis de Laporte.

Comme je l'ai déjà dit, le vrai terrain où devait porter la discussion était celui-ci : Laporte a commis une faute opératoire, dans des conditions où nul n'a le droit de la lui reprocher : aucune loi ne saurait condamner ni Laporte ni aucun médecin dans ce cas. Un tel arrêt, ainsi formulé, intéressait la corporation tout entière. Le rapport de M. Maygrier apportait tout ce qu'il fallait pour le provoquer, et il suffit de lire l'interrogatoire du président Potier pour voir quel mal inouï l'excellent homme a eu à amener et à maintenir Laporte sur ce terrain. L'avocat général, le conseiller rapporteur, comme le président, tout le monde lui criait : « Mais laissez donc cette histoire de perforations spontanées, qui ne tient pas debout ; reconnaissez donc qu'il y a eu accident opératoire. Personne ne songe à vous le reprocher et laissez nous rendre un arrêt qui signifie quelque chose pour l'avenir, en reconnaissant au corps médical le *droit à l'accident* ! »

Il n'y avait pas moyen ! Le malheureux, aussi affolé que la première fois, d'ailleurs, s'entêtait, lâchait des bouts de phrases incohérentes sur les bassins épineux, répondait au président par des propos comme celui-ci (Je transcris textuellement) :

« ... C'est une opération délicate ; on ne se rend pas compte de tout. Si je vous disais qu'il y a des habitants dans la lune, vous me répondriez : je ne vous crois pas. C'est la même chose... »

Le Président. — Le Tribunal ne vous a pas dit une chose si extrême que cela... etc. »

Heureusement l'avocat, Me Henri Robert, comprenant que ce qu'il fallait avant tout c'était faire acquitter Laporte, prit une résolution de bon stratégiste d'audience : il suivit la Cour dans la voie où celle-ci ne demandait qu'à entrer, et abandonna tout net le fameux dossier qu'il avait apporté sur les perforations spontanées, les aiguilles iliaques, etc., et jusqu'à la liasse des six lettres qu'on avait obtenues de divers accoucheurs de province.

« Me *Henri Robert*. Si cependant je cédais à la tentation, je n'aurais qu'à prendre dans mon dossier et à lire la consultation provoquée par l'éminent professeur Pinard, qui émane des professeurs d'accouchement, et je vous dirais qu'on ne peut élever contre cette consultation aucune objection ». (*Compte-rendu sténographié*).

Ce dossier, l'habile avocat ne l'a pas ouvert et il a bien fait ; car il eut révélé le triste conflit de personnalités qui tranche tant avec la belle « solidarité » professionnelle dont nous sommes si fiers à cette occasion. Ce qui n'a pas empêché d'ailleurs, pour que l'effet ne fut point perdu, les journaux politiques et médicaux de les reproduire en tout ou partie, comme pièces d'audience.

Je ne veux pas insister. Maintenant que c'est fini, c'est à qui aura sauvé Laporte. Cette noble émulation est digne de tous éloges; mais puisqu'il s'agit de fixer, pour n'y plus revenir, un point désormais historique, je me contenterai des quelques citations suivantes.

Le Président. — « M. le professeur Pinard, qui connaît bien la volonté pour les magistrats d'arriver à la vérité impartiale, au milieu de discussions quelquefois passionnées, dans une leçon qu'il a eu soin de nous faire parvenir avec cette épigraphe « *Erudimini, qui judicatis* » : a dit, « On montre à Laporte la perforation utéro-vésicale : il se trouble et balbutie. Eh bien ! messieurs, je veux répondre pour lui ! »

Croyez-moi, Laporte, il est plus utile pour vous de répondre vous-même... »

Voici d'autre part le début de la plaidoirie de Me Henri Robert :

« Vous allez voir, Messieurs, que nous sommes absolument d'accord les uns et les autres, puisque c'est justement sur le rapport des experts, les docteurs Socquet et Maygrier, que je viens m'appuyer pour vous demander l'acquittement du docteur Laporte...

Plus loin :

« A-t-il commis une imprudence, une négligence, une maladresse, une inobservation des règles de l'art? Si vous trouvez ces mots prononcés dans le rapport de MM. Maygrier et Socquet, je m'incline, parce que *je prétends que c'est la seule pièce du procès sur laquelle vous puissiez vous décider...* »

« Messieurs, il n'y a pas autre chose, pour obtenir l'acquittement, que de se reporter à ce rapport de MM. Socquet et Maygrier... »

... « Voici les conclusions de leur rapport, qui sont absolument formelles .. : M. Laporte, sur le premier point, a observé toutes les règles de l'art des accouchements...

« Mais dans ce rapport il y a autre chose : je dirai plus, il y a l'acquittement du docteur Laporte, non seulement sur le premier grief, mais sur le second. Il faut, pour rentrer dans l'article 319, que je trouve une précision de la part des experts ; il faut que les experts vous disent, à vous magistrats, pour rassurer vos consciences : Laporte a pratiqué la craniotomie, il a occasionné des lésions et il a agi avec imprudence, légèreté, inexpérience ou négligence. » Y a-t-il cela? Pas du tout !...

« C'est une pièce qui émane des experts commis par la justice, sur laquelle je m'appuie, moi, et je dis à la Cour, comme j'ai dit au Tribunal : Vous ne pouvez pas, en présence d'un pareil rapport, condamner..... »

Enfin, écoutons l'avocat général Blondel :

« Dans le rapport des experts eux-mêmes, dans le rapport de ces experts qu'on a tant attaqués, tant critiqués, dans leur travail, si calme, si modéré, encore une fois, il n'y a pas un élément juridique qui paraisse de nature à constituer un délit et à faire tomber le Dr Laporte sous l'application des articles 319 et 320.... »

« La justice s'est trouvée en présence d'une défense... Oh ! je ne parle pas de celle de mon honorable contradicteur dont nous avons une fois de plus apprécié le talent, la modération et le dévouement, — mais en présence d'une défense extrêmement ardente, extrêmement vive, dans laquelle on a cherché... comment dirai-je? à jeter le doute sur des faits qui pour moi me paraissent certains, évidents. Et alors, plus on contestait ces faits, plus on semblait vouloir les nier, plus le tribunal devait supposer que ces faits là avaient de la portée, de l'importance, de la gravité, et ainsi, par cette appréciation

erronée de faits, suivant moi, erronés, on est arrivé à déterminer de la part des premiers juges une appréciation erronée des principes juridiques qui devaient conduire à la solution de ce procès... »

Je m'arrête là, mais puisqu'on a voulu, par une sorte de référendum aux accoucheurs de France, faire décider si M. Maygrier a fait condamner Laporte (cela a été imprimé), dont M. Pinard serait venu heureusement, grâce à son intervention, obtenir l'acquittement, il me semble que le public a maintenant des éléments suffisants pour trancher en dernier ressort.

Le pauvre Laporte, qui fut l'occasion malheureuse de ce tournoi regrettable, a dû, je le présume, penser quelque fois à la jolie phrase de Voltaire : « Mon Dieu, préservez-moi de mes amis : quant à mes ennemis, je m'en charge. »

Dr DIOGÈNE.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Le rapport Socquet. — Nos lecteurs se souviennent de l'émotion que souleva dans le corps médical, l'article de M. Varnier (*Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, octobre 1897), qui fut adressé à presque tous les médecins de France et dans lequel les rapports des experts sur l'affaire Laporte, étaient publiés *d'après les documents fournis par la défense*. Le rapport d'autopsie du Dr Socquet était particulièrement discuté phrase par phrase avec une vivacité extrême.

Il faut dire que les pièces de cette nature n'étant pas communiquées au public, M. Varnier n'avait pu en avoir connaissance que par une indiscrétion de l'avocat. Aujourd'hui que les débats d'appel ont amené le conseiller-rapporteur à donner publiquement lecture de ces diverses pièces devant la Cour, la sténographie a permis au public d'en connaître le texte exact.

A la séance du 14 mars de la *Société de Médecine légale*, le président, M. Benoît ayant fait part, des attaques dirigées contre un membre de la Société à l'occasion de ses fonctions, donna la parole à M. Socquet, qui, en termes émus, protesta contre l'inexactitude des textes sur lesquels il avait été si sévèrement jugé.

Voici, ce que M. Varnier a donné comme étant le rapport sommaire (!) de M. Socquet, rapport à la suite duquel M. Bertulus, (M. Varnier l'affirme et M. Bertulus lui-même l'a laissé entendre pour s'innocenter devant l'opinion publique quand il vit qu'elle tournait mal pour lui), fit arrêter Laporte.

Rapport (?) de M. Socquet. — « Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, l'autopsie du cadavre de madame Fresquet ;

« Voici mes conclusions sommaires : Laporte, en pratiquant cet accouchement, *a agi* avec imprudence, *maladresse* et inobservation des règles de l'art ;

« Il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet. »

Signé : SOCQUET.

Il est certain que sous cette forme rapide, dans sa concision redoutable, ce rapport avait une allure accablante.

Or, voici le texte exact de cette *pièce* telle qu'elle fut rédigée à la Morgue par le greffier, en présence de Laporte et de M. Bertulus, après l'autopsie faite devant eux par M. Socquet.

PROCÈS-VERBAL D'AUTOPSIE RÉDIGÉ A LA MORGUE

(pièce collective)

(*Pièce lue à l'Audience par le Conseiller Ayraud.*)

« Je viens de procéder devant vous, en présence de l'inculpé Laporte et de la demoiselle Maitre-pierre, accoucheuse, à l'autopsie du cadavre de la dame Fresquet ; voici sommairement mes conclusions :

« La mort est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une perforation double de la vessie, dont une communiquant avec la cavité utérine près du col. Cette double perforation me paraît avoir été faite avec un instrument piquant tel que l'équarissoir (scellé I) ou l'aiguille en fer (scellé 5).

« Le cadavre de l'enfant que j'ai également autopsié dans les mêmes conditions, portait sur le

pariétal droit une perforation osseuse et présentait une disjonction des pariétaux.

« L'autopsie *paraît* démontrer que Laporte a pratiqué cet accouchement avec imprudence, *négligence* et inobservation des règles de l'art et ainsi involontairement occasionné la mort de la dame Fresquet;

« Laporte introduit, lecture faite, dit : J'ai demandé un confrère pour m'assister, mais voyant que la famille Fresquet ne savait pas comment s'y prendre pour en amener un, et me trouvant en présence d'un cas très grave, j'ai opéré comme j'ai pu pour essayer de sauver la malade.

« Je me suis servi des instruments que Fresquet m'a donnés, n'en ayant pas d'autres à ma disposition

« *Je reconnais que la vessie a été perforée au cours de mon opération, mais ce qui m'est arrivé a pu arriver à bien d'autres médecins que moi.*

« Au cours des deux autopsies auxquelles je viens d'assister, je n'ai soulevé aucune objection sur les constatations faites par le docteur Socquet. Je n'en ai pas davantage à soulever maintenant car je reconnais la matérialité des faits.

Lecture faite, ont signé :

ANDRÉE, greffier; BERTULUS, juge d'instruction; J. SOCQUET; Dr LAPORTE.

Mais il y a plus. La déclaration personnelle de M. Socquet se borne aux trois premiers paragraphes de cette pièce. C'est alors que M. Bertulus intervint et dit: « Il faut une conclusion » et dicta au greffier le fameux paragraphe, « l'autopsie *paraît* démontrer... etc, » empruntant pour sa rédaction les termes mêmes de l'article 319.

M. Socquet, nous assure-t-on, hésita à laisser passer cette phrase. M. Bertulus le rassura en lui signalant le mot *parait*, qui ne donnait à cette conclusion qu'une forme provisoire et dubitative.

Le mot *parait* est *supprimé* dans le texte de M. Varnier, et le mot *négligence* y est remplacé par le mot *maladresse*, est également supprimée, toute la fin du rapport dans laquelle le malheureux Laporte reconnaît les faits sans l'ombre de discussion, ne songeant pas un instant, dans l'honnêteté de sa conscience, qu'un juge d'instruction pût l'emprisonner dans des conditions semblables, pour des faits identiques à tant d'autres dont il fut témoin pendant ses études, au cours des autopsies pratiquées à l'hôpital après décès chirurgicaux. Les quelques mots qu'il ajouta, très sobres et très justes, contenaient toute sa défense, sa vraie défense, dont il eut peut être mieux valu pour lui qu'il ne s'écartât jamais dans la suite.

Mais voici qui est plus grave encore. Le rapport si impartial du conseiller Ayraud nous l'a fait connaître à l'audience. M. Bertulus, a-t-on dit, aurait signé le mandat d'arrêt aussitôt après le dépôt du rapport Socquet et il a déclaré plus tard pour se dérober aux reproches du corps médical, que c'est ce rapport (dont la phrase la plus grave était de lui) qui l'avait décidé.

Or, il résulte du rapport de M. le conseiller Ayrault, qu'un mandat d'arrêt facultatif, avait été signé par M. Bertulus, *deux jours avant* que le juge n'ait interrogé Laporte, ni fait procéder à l'autopsie. Ce fut donc aussitôt réception de la plainte Fresquet, sans savoir même de quel médecin il s'agissait, ni dans quelles conditions l'opération avait été accomplie, que M. Bertulus signa ce mandat d'arrêt, sous l'impression évidente de se trouver en présence d'une nouvelle affaire Boisleux, c'est-dire d'une accusation de maladresse chirurgicale.

Il est impossible, après la lecture de ces pièces, de ne pas conclure qu'a côté du bel exemple de solidarité qu'a donné le corps médical en cette circonstance, les experts qui avaient en mains leur propre justification, devant les attaques dont on les couvrait, ont fait preuve a leur tour, d'une admirable patience et d'un scrupuleux respect de la loi qui leur imposait le silence.

C'est le sentiment qu'exprimaient déjà M. Ricard dans un bel article de la *Gazette des Hôpitaux*, et M. Huchard dans le *Journal des Praticiens*.

A cette même séance du 14 mars, à la Société de médecine légale, M. Maygrier a présenté les pièces de l'autopsie conservées dans le formol et fait circuler des photographies et des dessins, pris au cours de l'autopsie.

Après quelques observations très justes de M. Motet et de M. Charpentier, la Société a adopté *à l'unanimité* l'ordre du jour suivant :

« La Société de Médecine Légale ayant pris connaissance, à propos d'une expertise récente, des documents officiels, et après les avoir rapprochés des documents publiés à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scienti-

fique contre M. le Docteur Socquet, constate que ces derniers documents ont été incomplètement et inexactement rapportés, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique. »

Dénonciation contre les médecins. — Une nouvelle affaire Laporte a eu lieu à Lille.

Sur la dénonciation d'une femme, la police de Lille avait mis en état d'arrestation un praticien de cette ville, le Dr L.... Ce fait se passait le 3 mars; or, le lendemain même 4 mars, le Dr L... était remis en liberté.

La police avait trop facilement accueilli les racontars de la dénonciatrice. Celle-ci, amenée dans le cabinet du médecin, avait désigné avec aplomb l'instrument qui, le 23 décembre dernier, aurait servi à la faire avorter.

Or, il résulte du rapport du médecin légiste commis à l'expertise, que non seulement la manœuvre abortive à l'aide de l'instrument en question était impraticable, mais encore que le délai qui s'est écoulé entre la cause et l'effet — la délivrance n'a eu lieu que le 12 janvier — est contraire à toutes les règles.

Tout est bien qui finit bien, mais vraiment ces messieurs de la police et du parquet déploient, dans ces sortes d'affaires, une diligence et un excès de zèle profondément regrettables.

Le Docteur Pagello, l'un des héros du roman vécu d'Alfred de Musset, *Lui et Elle*, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-onze ans, à Belluno (Italie).

Ce roman, qui bouleversa la vie du poète, ne fut qu'un accident banal dans la vie du médecin italien, « un épisode et rien de plus », a-t-il déclaré un an avant sa mort.

Pietro Pagello était un ancien élève de Scarpa et du chirurgien Rima, médecin principal de la Grande Armée. Il fut un des premiers à introduire en Italie la méthode de lithotripsie de Lisfranc. C'était un excellent praticien, un lettré.

A quatre-vingt-dix ans, il écrivait ses mémoires et lisait sans lunettes. (*Journal de médecine de Paris.*

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

Nouvelle Imprimerie, 3 rue Bourdaloue. — Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI DE FORMULAIRE DES GELÉES D'AGAR

par PAUL GALLOIS

Ancien interne des hôpitaux.

J'ai fait récemment à la Société de Thérapeutique (séance du 26 janvier 1898) une communication, concernant l'emploi des gelées d'agar-agar dans la thérapeutique dermatologique en particulier. Les deux formules que j'emploie couramment depuis longtemps déjà contiennent l'une du sublimé, l'autre de l'oxyde de zinc. La gelée au sublimé est indiquée, à mon avis, dans le traitement de l'érysipèle, elle peut servir également à lubrifier les sondes uréthrales pour le cathétérisme. Dans ce dernier cas elle a l'avantage d'être sûrement antiseptique et de ne pas altérer les sondes en caoutchouc ou en gomme qui se dissolvent dans les corps gras. La gelée à l'oxyde de zinc me sert habituellement dans le traitement de l'eczéma.

L'emploi des gelées en dermatologie me paraît pouvoir devenir une méthode générale de traitement appliquable dans un grand nombre de circonstances. Les gelées d'agar sont un équivalent des diverses colles, des vernis divers proposés par différents auteurs à la suite de Unna.

Les gelées ont plusieurs avantages :

Tout d'abord, pour la médecine, elles représentent une formule commode, facile à retenir. On n'a qu'à prendre en quelque sorte la formule d'une pommade quelconque et à remplacer la vaseline ou l'axonge par une égale quantité d'eau contenant une proportion de 1 à 2 0/0 de gélose. Un grand nombre de poudres peuvent ainsi entrer dans la confection des gelées. Mais surtout les gelées d'agar permettent d'utiliser comme topiques des substances solubles dans l'eau qui entrent difficilement dans la confection des pommades.

C'est précisément pour utiliser le sublimé en traitement local que j'ai eu l'idée de faire des gelées d'agar.

Pour le pharmacien les gelées en question sont faciles à effectuer. Longtemps avant d'avoir publié le procédé, j'ai fait des ordonnances de gelée sans décrire le *modus faciendi* et je dois dire que toujours les pharmaciens ont fourni un produit satisfaisant. Il suffit de faire cuire l'agar dans l'eau pendant quelque temps, on filtre ensuite sur un entonnoir à double paroi contenant de l'eau maintenue à une température un peu élevée. On reçoit le liquide filtré dans un pot à pommade et on le fait prendre rapidement en gelée en l'entourant de glace au besoin. Si la substance à incorporer est soluble dans l'eau on peut l'ajouter à l'eau en même temps que l'agar avant la filtration. S'il s'agit de poudres insolubles dans l'eau, on n'ajoute le médicament qu'après la filtration lorsque le liquide n'est pas encore pris en gelée.

Pour le malade surtout, les gelées d'agar sont très commodes. Elles sont faciles à

appliquer. Il n'est pas nécessaire de les réchauffer pour les liquéfier, on en prend des fragments qu'on écrase simplement sur la peau par une friction légère. La gelée liquéfiée par l'écrasement combiné avec la température de la peau, s esèche bientôt et forme un vernis, presque invisible, à moins qu'elle ne contienne des poudres.

Ce vernis est très résistant et maintient énergiquement le médicament en contact avec la surface cutanée. En effet, on peut frotter vigoureusement la peau revêtue ainsi d'oxyde de zinc par exemple, sans faire disparaître la coloration blanche due à ce composé métallique. Par contre, un simple lavage à l'eau l'enlève avec la plus grande facilité.

La gelée d'agar produit sur la peau une sensation de fraîcheur permanente. Au moment de l'application cette sensation de fraîcheur est due à la liquéfaction de la gélose. Ce corps semble avoir une chaleur latente de fusion assez considérable. En effet, quand sur un bec Bunsen on cherche à liquéfier une gelée on est étonné du temps relativement long que cette opération demande. La peau elle aussi doit donc fournir une quantité de chaleur assez grande pour liquéfier la gélose, cette perte de chaleur donne lieu à la sensation de fraicheur que j'indique. Quand la gelée est liquéfiée, elle doit se transformer en vernis par suite de l'évaporation de l'eau. Cette évaporation est également une cause de rafraîchissement. Enfin dans la troisième période où le vernis est produit, la sensation de fraîcheur persiste. Unna avait déjà signalé ce fait pour les emplâtres à la gélatine dont il a donné la formule. Il attribue cette sensation de fraîcheur à ce que les vernis permettent la perspiration cutanée, tandis que les pommades à base de corps gras suppriment cette évaporation et tiennent au contraire chaud à la peau. Or, dans les maladies inflammatoires de la peau, telles que l'érysipèle ou l'eczéma, les malades ont déjà une sensation de chaleur pénible, un médicament qui produit un rafraîchissement cutané procure une sensation agréable. D'autre part, lorsque l'on a de grandes surfaces de peau à recouvrir, il n'est pas indifférent s'employer un topique qui permet la perspiration, de préférence à un corps gras qui la restreint. La peau est un émonctoire des plus importants dont il faut se garder de compromettre le fonctionnement d'une façon un peu considérable.

Les gelées d'agar ont sur les gelées à la gélatine un avantage important. En effet, elles donnent sur la peau un vernis à peine rétractile, tandis que la gélatine en séchant se rétracte d'une façon énergique et produit des crevasses de la peau. Ainsi j'ai l'habitude de bien spécifier sur mes ordonnances : gélose (agar-agar), et j'ajoute une note pour recommander au pharmacien, s'il n'a pas ce produit, de ne pas le remplacer par de la gélatine et de faire au lieu d'une gelée soit une solution, soit une pommade dont je donne également la formule. Cette différence dans la rétractilité des vernis fournis par la gélose et par la gélatine est assez curieuse, car elle est l'inverse de ce qui se passe pour les gelées de ces mêmes substances. En effet, les gelées d'agar se rétractent dans les pots de pommade et expulsent une certaine quantité d'eau qui en baigne la surface, tandis que les gelées à la gélatine restent parfaitement sèches et ne se rétractent pas.

Le principal avantage pour le malade est que le vernis à la gélose ne tache pas les linges. Il est inutile d'appliquer aucun pansement par dessus, les draps, la chemise, ni les vêtements ne gardent aucune trace du médicament. Si la substance incorporée à la gelée est incolore, l'application peut se faire sur des parties découvertes, à la face ou aux mains, sans trahir sa présence le moins du monde.

Enfin, considération parfois importante, la gélose est d'un prix modique, les gelées sont par suite abordables à toutes les bourses.

Tels sont les avantages multiples que peuvent présenter les gelées. Bien entendu, suivant les cas, certains de ces avantages peuvent être des inconvénients. Quand par exemple on veut protéger la peau contre le contact de substances aqueuses, de sérosités

irritantes, il sera préférable d'employer des pommades. Si l'on tient par contre à imbiber profondément des lésions cutanées, il vaudra mieux employer des cataplasmes ou appliquer des compresses humides de préférence aux vernis. Il y a là une question d'indications dont il faudra tenir compte. Les gelées ne sont pas une panacée universelle, mais néanmoins elles peuvent trouver leur application dans des circonstances assez nombreuses.

Ayant eu l'idée, à un moment donné, de faire faire une gelée à l'acide picrique, j'ai reconnu que cette gelée était impossible à faire. L'acide picrique précipite l'agar-agar sous forme de nuage léger. Il existe donc des substances incompatibles. Avant de chercher à généraliser la méthode, il était par suite important de faire une étude d'ensemble des substances pouvant entrer dans la confection des gelées. M. Bocquillon, à qui j'avais parlé de cette question, a bien voulu s'en occuper. Je lui ai fourni une liste des principaux médicaments utilisés en applications locales dans les maladies cutanées. A la séance du 9 février 1898 de la Société de thérapeutique il a eu l'amabilité de faire connaître la série des substances utilisables en gelées d'agar et celles des substances inutilisables. Parmi ces dernières sans doute plusieurs pourraient être reprises, et introduites dans une gelée grâce à un artifice quelconque qu'il s'agirait de trouver.

La liste des substances utilisables est dès maintenant assez considérable pour que l'on puisse tenter de rédiger en quelque sorte un formulaire de gelées applicables à un certain nombre d'affections cutanées. Ce seront surtout les dermatoses sèches ou peu suintantes qui me paraissent le terrain de choix sur lequel on puisse étendre les vernis d'agar. Les dermopathies ulcéreuses fournissent des sécrétions qui entraîneraient le vernis, d'ailleurs elles nécessitent des pansements protecteurs qui rendent la gelée inutile. Quant aux affections profondes, comme le lupus ou les verrues par exemple, elles nécessitent un traitement plus énergique qu'une simple application de gelée.

Voyons donc ce qu'il est possible d'obtenir de ces gelées dans les diverses affections cutanées où elles paraissent plus spécialement indiquées. Les renseignements que je fournis à cet égard sont en grande partie théoriques. Je n'ai pas eu à ma disposition un service spécial de dermatologie où j'ai pu en faire une étude systématique et complète. J'indiquerai les cas où les gelées m'ont réussi, ceux où elles me paraissent devoir rendre des services. Il se pourrait que des affections qui *a priori* me semblent contre-indiquer l'emploi des gelées pussent néanmoins en retirer un certain bénéfice. Mon travail actuel doit donc être considéré comme une indication, ayant pour but non pas de restreindre, mais plutôt d'exciter l'initiative des chercheurs.

Pour passer en revue les diverses affections cutanées, suivons par exemple la série des articles de MM. Gaucher et Barbe dans le traité Brouardel.

Contre les *érythèmes*, nous trouvons prescrit des poudres d'amidon, de talc, de sous-nitrate de bismuth, d'oxyde de zinc. Ces substances se mêlent très bien à l'eau gélosée. On pourra donc employer les gelées qui fixeront les poudres plus solidement sur la peau. La gelée à l'oxyde de zinc par exemple, se formulera :

Eau.	100 gr.
Gélose	1 gr.
Oxyde de zinc.	10 gr.

Dans les formes douloureuses comme l'érythème noueux, on pourrait formuler une gelée à la cocaïne.

Eau.	100 gr.
Gélose	1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.	1 gr.

J'ai prescrit plusieurs fois cette gelée pour panser des fissures anales chez des hémorroïdaires. Outre l'action anesthésiante de la cocaïne, on utilise l'effet décongestionnant de cette substance et l'effet hémostatique de la gélose.

Les *engelures* peuvent être traitées également par la gelée à la cocaïne. On emploiera aussi la gelée au chlorhydrate d'ammoniaque.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque	10 gr.

Dans *l'urticaire* on pourra faire des applications de gelées phéniquées au 100e.

Eau		100 gr.
Gélose, Acide phénique	ââ	1 gr.

Le vernis à l'agar suffit souvent seul à calmer les démangeaisons. Le camphre ou le menthol recommandés dans ce but peuvent s'incorporer à la gelée, à condition d'ajouter 10 0/0 d'alcool. Exemple :

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Alcool	10 gr.
Menthol	3 gr.

Le *pityriaris rosé* pourra être pansé avec la gelée à l'oxyde de zinc ou avec une gelée contenant de l'amidon ou du borate de soude :

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Borate de soude	10 gr.

Contre les diverses variétés *d'herpès* les gelées d'agar me semblent peu pratiques à cause du suintement qui nécessite des poudres et des pansements. A la face où ces agents médicamenteux sont difficilement applicables, on pourrait prescrire une gelée antiseptique à l'acide borique, à l'acide phénique ou au sublimé.

Dans la *dermatite herpétiforme* ou les bulles sont en général petites et reposent sur un fond érythémateux les gelées peuvent trouver leur application. On formulera par exemple des gelées à l'oxyde de zinc, à l'amidon, à l'acide phénique, au menthol. C'est malheureusement une affection presque incurable.

L'eczéma est une lésion cutanée heureusement influencée d'ordinaire par les gelées. C'est là surtout que j'ai eu l'occasion fréquente de les employer. Utiles surtout dans les formes sèches, elles réussissent même dans les formes suintantes, l'eczéma rubrum par exemple, qu'elles parviennent à sécher assez rapidement. Il y a peut-être là une action spéciale de la gélose elle-même.

Dans l'eczéma aigu on emploiera une gelée amidonnée et boriquée.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Acide borique	3 gr.
Amidon	10 gr.

Si l'eczéma aigu tend à passer à l'état chronique une gelée au calomel à (1/10) au

tannin (2/30) au sous-acétate de plomb (1/25) sont faciles à réussir. Pour la gelée à l'acide salicylique il faut ajouter 10 0/0 d'alcool.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Alcool	10 gr.
Acide salicylique	5 gr.

Pour l'eczéma chronique ces mêmes médicaments sont utilisables. On pourra même effectuer une gelée à l'huile de cade en ajoutant 2 0/0 de poudre de savon.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Poudre de savon	2 gr.
Huile de cade	10 gr.

L'ichtyol est facilement miscible à la gelée.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Ichtyol	10 gr.

Le sulfate de zinc à la dose de 1 à 3 0/0 peut être également utilisé. Le turbith, quoique insoluble, s'incorpore facilement dans la gelée d'agar, de même que l'oxyde jaune de mercure. Les extraits aqueux entrent sans difficulté dans la composition des gelées, on pourra donc dans les eczémas de l'anus, de la vulve ou du scrotum, utiliser les extraits de ratanhia (10 0/0), de belladone et thébaïque. On pourra faire également une « gelée de Gowland ».

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque, Sublimé	aâ 0 gr. 10

En cas d'eczéma séborrhéique c'est le soufre qui est particulièrement indiqué. Dans sa communication à la Société de thérapeutique, M. Bocquillon disait n'avoir pu réussir par divers artifices à incorporer le soufre qui, trop léger, s'accumulait à la partie supérieure de la solution avant que la gelée ait pu se solidifier.

Mais, depuis, il m'a adressé une note dans laquelle il m'indique le moyen d'arriver à un bon résultat. Voici le procédé tel qu'il est décrit par M. Bocquillon : « On prend :

Eau	100 gr.
Soufre	10 gr.

que l'on mêle et on chauffe en portant l'eau à ébullition et en agitant de temps en temps de façon à ce que le soufre soit mouillé, ajouter alors 1 gr. de gélose sèche, maintenir l'ébullition quelques minutes et verser la gelée dans un pot. Ne pas prolonger l'ébullition outre mesure car il se dégage de l'hydrogène sulfuré aux dépens du soufre et de l'agar-agar. »

En outre on pourra utiliser l'oxyde jaune de mercure.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Oxyde jaune de mercure	3 gr.

Le *pityriasis simple* (dartre farineuse), pourra être traité avec la gélose à l'acide salicylique alcoolisée.

Pour le pytiriasis du cuir chevelu les gelées semblent devoir être peu pratiques, comme d'ailleurs dans les régions pileuses en général.

Le *lichen*, comme l'eczéma, sera très facilement traité par les gelées, au menthol, à l'acide salicylique, à l'huile de cade, dont j'ai déjà donné les formules. La gelée au sublimé sera applicable également.

Eau		100 gr.
Gélose		1 gr.
Acide tartrque Sublimé	ââ.	0 gr. 10

Le glycérolé tartrique que Vidal employait contre le *lichen plan* peut être remplacé par une gelée tartrique amidonnée.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Amidon	10 gr.
Acide tartrique	4 gr.

Dans le *prurigo* les gelées cadique et salicylique peuvent être formulées, nous l'avons déjà vu.

On peut employer également la gelée suivante.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Craie préparée	10 gr.
Savon noir	25 gr.

Il faut savoir que le savon peut être irritant et réduire la dose ou l'élever suivant les besoins.

Parmi les gelées qui peuvent être employées contre le *prurit*, plusieurs ont déjà été indiquées, ajoutons-y une gelée au chloral.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Chloral	2 gr.

et une gelée au vinaigre.

Eau	60 gr.
Gélose	1 gr.
Vinaigre	30 gr.

Le *psoriasis* est une des affections cutanées ou les gelées trouvent une application tout indiquée. L'acide pyrogallique entre facilement dans la confection des gelées.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Acide pyrogallique	de 5 à 10 gr.

On sait que c'est un médicament déterminant parfois de l'hémoglobinurie et dont il faut surveiller l'emploi.

L'acide chrysophanique ne peut être incorporé à l'eau gélosée qu'à la faveur de l'alcool.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Alcool	10 gr.
Acide chrysophanique de 5 à	10 gr.

C'est également, on le sait, un médicament à employer avec prudence, car il est extrêmement irritant. La poudre d'araroba par contre, n'a pu être incorporée à la gelée d'agar. La plupart des autres substances indiquées contre le psoriasis sont, à part le naphtol, utilisables pour la confection des gelées. J'en ai déjà donné les formules. La gelée au dermatol se réussit très facilement.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Dermatol	10 gr.

Les substances ordinairement prescrites conrte le *pityriasis rubra pilaire* et la *dermatite exfoliatrice* (acide tartrique, acide phénique, menthol, oxyde de zinc), peuvent former des gelées avec l'agar. Les formules en ont été indiquées plus haut.

Puisque les corps gras sont des médicaments plutôt nuisibles dans les *séborrhées*, on aura tout avantage à employer des gelées, au lieu de solutions. Le tannin, l'alun, la résorcine forment avec l'agar des gelées. Exemple :

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Résorcine de 1 à	2 gr.

Le chlorate de potasse employé dans l'*acné sébacée partielle* peut entrer à haute dose dans la gelée.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Chlorate de potasse	30 gr.

Les *comédons* pourront être traités avec une gelée soit au bicarbonate de soude, soit à l'acide acétique. Pour cette affection comme pour l'*acné pustuleuse* non médicamenteuse, le meilleur traitement est un savonnage simple renouvelé une ou deux fois par semaine. On peut y joindre une gelée antiseptique au sublimé tartrique ou une gelée sulfureuse

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Sulfure de potassium	1 gr.

Pour la *couperose*, les mêmes médicaments pourraient être prescrits, mais à raison de la profondeur des lésions, il sera préférable de procéder à des scarifications.

Si l'on veut exciter la reproduction des cheveux dans la *pelade* on peut prescrire une gelée à la teinture de cantharides :

Eau	30 gr.
Gélose	0 gr. 30
Teinture de cantharides	0 gr. 20

Il en est de l'*impétigo* comme de l'acné, c'est une affection due le plus ordinairement à une insuffisante propreté. Les enfants bien tenus n'en ont pas, ou s'ils prennent la

maladie par contagion de leurs voisins, les lotions à l'eau boriquée, le poudrage à l'acide borique ont vite raison des quelques plaques qui se produisent. Si l'éruption est étendue on fera d'abord tomber les croûtes avec des cataplasmes d'amidon faits à l'eau boriquée puis on appliquera une gelée boro-boratée.

Eau		100 gr.
Gélose		1 gr.
Borax	) âà	5 gr.
Acide borique	)	

Enfin, avant que la gelée ne soit séchée sous forme de vernis on poudrera largement à l'acide borique pulvérisé.

Dans le *lupus*, les lésions sont profondes et nécessitent l'emploi du galvano-cautère. On peut cependant employer des caustiques chimiques sous forme de gelée.

Eau		30 gr.
Gélose		0 gr. 30
Iode	) âà	15 gr.
Iodure de potassium	)	

On peut également transformer en gelée la pommade de Lailler.

Eau		30 gr.
Gélose		0 gr. 30
Bi-iodure de mercure	) âà	0 gr. 15
Iodure de potassium	)	

Le monochlorophénol qu'on emploie ordinairement en solution dans l'alcool absolu est de même utilisable sous forme de gelée.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Monochlorophénol	20 gr.

Contre le *favus* on pourra remplacer la pommade au turbith par une gelée.

Eau	100 gr.
Gélose	1 gr.
Turbith minéral	10 gr.

L'emplâtre de Quinquaud peut, sous forme de gelée, être utilisée contre la *trichophytie*

Eau	300 gr.
Gélose	3 gr.
Bi-iodure de mercure	0 gr. 15
Bichlorure de mercure	1 gr.

Par cette série d'exemples, on voit que les gelées d'agar peuvent trouver fréquemment leur application dans la thérapeutique des maladies de peau. Le nombre des médicaments qu'elles peuvent incorporer est dès maintenant assez grand pour fournir une gamme assez complète. Par divers artifices on arrivera sans doute encore à accroître le nombre des médicaments utilisables sous cette forme. En somme, les gelées d'agar représentent un procédé commode de traitement. Le vernis qu'elles déposent sur la peau maintient énergiquement le médicament fixé à la surface de l'épiderme sans crainte de tacher les

linges ou les vêtements du malade. Elles permettent la perspiration cutanée. La gélose qu'elles contiennent n'est pas seulement un excipient, elle a peut être par elle-même une action curative sur les suintements séreux légers en raison des propriétés coagulantes que lui a récemment reconnues M. P. Carnot. A cet égard, les gelées sont supérieures aux pommades, à la vaseline, qui sont souvent irritantes.

Pour terminer je donne la liste alphabétique des substances que M. Bocquillon a reconnues aptes à former des gelées :

Acétate d'ammoniaque; acides acétique, borique, chrysophanique (avec addition d'alcool), gallique, lactique 10 0/0, phénique, pyrogallique 5-10 0/0, salicylique (+ alcool 10 0/0); tartrique 40/0; alcaloïdes et leurs sels; alun (1 — 2 0/0); amidon; antipyrine; arséniate de soude; asaprol; bicarbonate de soude 5-10 0/0; bi-iodure de mercure 1/60; bi-iodure de mercure et iodure de potassium; borax 5-10 0/0; bromure de potassium; calomel 10 0/0; camphre (+ alcool 10 0/0); chloral 2 0/0; chlorate de potasse 30 0/0; chlorhydrate d'ammoniaque 10 0/0; chlorhydrate de cocaïne 1-2 0/0; cinabre; craie lavée; créosote 20 0/0; dermatol; eau de chaux; ergotine; extraits aqueux; ferropyrine; huile de cade (+ savon pulvérisé 2 0/0); ichtyol 10 0/0; iode + iodure de potassium ââ; iodure de potassium; menthol (+ alcool 10 0/0); microcidine; minium; monochlorophénol 10 0/0; naphtol camphré; nitrate d'argent; oxyde jaune de mercure; oxyde de zinc; perchlorure de fer; résorcine 1-2 0/0; salicylate de soude; salol; sel marin; soufre sublimé et précipité (après ébullition préalable dans l'eau) sous-acétate de plomb 4 0/0; sous-nitrate de bismuth; sublimé et acide tartrique ââ 0,10 0/0, sublimé et chlorhydrate d'ammoniaque ââ 0,10 0/0; sulfates de chaux, de cuivre, de fer, de quinine, de zinc 1-3 0/0 sulfure de potassium 1 0/0; talc; tannin; teinture de cantharides; traumatol; turbith minéral 10 0/0; thymol (+ alcool 10 0/0); valérianate d'ammoniaque; vinaigre 30 0/0.

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE

ET

Son action chimique, physiologique et thérapeutique

Par le Dr G. Richard d'Aulnay

Ancien interne de St-Lazare.

(*Suite*)

En France, Roux, Hugounenq, Germain Sée, après expériences, insistèrent sur la propriété microbicide qui est des plus manifestes, comme on le sait. Après eux, Combemale, voulant contrôler la toxicité et l'analgésie de ce produit tinctorial, lui reconnut d'abord une action analgésique dans les névralgies, mais aucune action dans les névrites ni l'ataxie ; puis une action microbicide, due à une légère action toxique sur les cellules organiques.

Puis, vint une poussée d'essais thérapeutiques dans les différentes branches de la médecine, dont l'historique serait trop longue à faire par le menu, mais dont on retrouvera les traces dans le chapitre consacré aux applications thérapeutiques de ce produit et dans les deux tableaux que nous avons dressés ci-dessous ;

A. médication interne. — *Cancer de l'estomac* : (Budish et Einhorn) ; *Blennorrhagie* : (Boinet, Lugeol, Richard d'Aulnay, Robinson, Kohmann, Ausset) ; *Pneumonie* : (Richard d'Aulnay, Althen) ; *Filaire du sang* : (Austin, Flint) ; *Cystite* ; (Lugeol, Kutner, Fieux) ; *Fièvre typhoïde* : (Boinet, Neufeld) ; *Grippe* : (Richard d'Aulnay) ; *Tuberculose* : (Althen) : *Nephrite* : (Netschaieff, Lowenthal, Doumer) ; *Impaludisme* : (Erlich, Guttmann, Boinet, Trintignan, Thayer, Marshall, Sée, Hudleston, Marini, Rouvier, Morcorvo, Ferreira, Dobrowski, Valvassari, Tschegoloff, Rœttger, Lorenzo, Bourdillon, Miza, Wittacker, Kasem-Beck, Dupret, Noir) ; *Hyperchlorhydrie* : (Berthier) ; *Antinévralgique, névralgies faciales, sciatiques douloureuses, douleurs rhumatismales*) : (Lemoine, Combemale, Galliard, Domino, Immervahr, Erhlich, Neufeld) ; *Ataxie* : (Erlich, Lemoine, Combemale) ; *Angine de poitrine* : (Lemoine) ; *Albuminurie* : (Lemoine) ; *Zona* : (Lemoine) ; *Migraine* : (Immerwahr, Bennus Lœwy, Schumann) ; *Crampes* : (Neufeld). *Diabète glycosurique* (Marie et Le Goff, Richard d'Aulnay, Estay) ; *Physiologie* : (Ilh, Le Goff, Voisin, Chelchowski, Achard, Castaigne, Altemirano, Frœlich, Baylac, Peres, Bard, Lyonnet, Deriaud, Féré et Laubry, Pilliet) ; *Cancer* : (Lodigiani, Billroth, Donnec, Rudisch, Einhort).

B. médication externe : *Ophtalmie* : (Flavel, Tiffany, Coppez, Petersen, Gillet de Grandmont) ; *Cancer cutané* : (Darier 1/20) ; *Cancer du rectum* : (Schultz, d'Ambrosio) ; *Cancer utérin* (Ulmann) ; *Diphtérie* : (Berger, Breyer, Rose) ; *Epithelioma* : (Von Mosetig, Darier, Du Castel, Hallopeau) ; *Endométrite* : (Althen) ; *Coryza caséeux* : (Parenski, Blatters, Lorenzo ; *Pleurésie purulente* : (Althen, Richard d'Aulnay ;

Vaginite, Uréthrite : (Richard d'Aulnay, Lugeol, Ozenne); *Prurit vulvaire* : (Madden); *Cancer de la vésicule biliaire* : (Von Mosetig Moorhof); *Microbicide* : (Stilling, Kessler, Petersen, Bresgen, Nuell, Raloffs, Gané, Troje, Carl Coppez, Nogués, Richard d'Aulnay, Altemirano de Mexico); *Adénite tuberculeuse* : (Von Mosctig, Lindener); *Laryngite tuberculeuse* : (Althen);

III. CARACTÈRES PHYSIOLOGIQUES

Le bleu de méthylène agit de trois façons: — La première action du bleu de méthylène est la coloration des éléments: « *c'est un agent colorant* ». Puis, la seconde est la désoxigénation de ces éléments qu'il colore, avec leur diminution vitale pouvant aller jusqu'à la léthalité (atrophie de la cellule organisée, regression cellulaire, chute épithéliale) « *c'est un agent microbicide* » et désinfectant, mais non antitoxique ; enfin la troisième action est dûe à l'union des deux actions précédentes. Ce produit tinctorial possède un pouvoir toxique plus ou moins prononcé, suivant la quantité administrée et suivant le sujet et pour tout ou partie de l'organisme, pouvoir toxique qui lui procure plus ou moins longtemps l'analgésie : « *c'est un analgésique* ».

1° La première chose que l'on remarque, soit en microbiologie, soit en microbioculture, lorsqu'on emploie le bleu de méthylène, est la coloration bleutée immédiate des cellules, coloration des cellules épéthéliales, (application muco-cutanée), coloration des cellules endothéliales (à la suite d'injections intra-péritoneales); coloration de toutes cellules vitales, des globules sanguins, des cellules animées ou organisées, des diastases ou des ferments. Donc, premier point, toutes les cellules sont aptes à se colorer, et cela, comme il est facile de le supposer, en des proportions différentes, suivant les individus, suivant leur état de vitalité, suivant la composition de texture des cellules et suivant la quantité du colorant.

De plus, on se rend compte rapidement au microscope, au cours d'études histologiques, que les noyaux avec leur nucléole sont toujours plus fortement colorés que le protoplasma environnant. Cette constatation pourra être utilisée, comme nous le verrons tout à l'heure, pour être le principe d'une méthode tinctoriale — d'arrêt, de léthalité, de regression cellulaire — dans le cas de prolifération épithéliale ou de secrétions exagérées ou d'affections parasitaires sanguines.

Le bleu de méthylène agit d'autant plus sur les globules sanguins, en les colorant, qu'ils appartiennent a des espèces dont les hématies sont pourvues d'un noyau, noyau qui se colore avec intensité. La coloration varie avec les espèces de cellules et avec leur vitalité.

Pilliet en étudiant les colorations qu'on pouvait obtenir sur le vivant avec le bleu de méthylène, constata le résultat suivant : Lorsque les solutions de bleu sont assez faibles pour ne point empêcher le développement des infusoires qui y sont soumis, les différentes parties de ces organismes qui, au point de vue histologique, présentent la même constitution, ne se colorent point identiquement ; les cils vibratiles se colorent tandis que les parties fixes restent incolores, ou autrement dit le plasma des amibes ne se colore pas, tant que l'animal est en vie.

C'est cette raison prédisposante de coloration et d'arrêt de développement consécutif qui permet d'utiliser ce produit tinctorial, comme l'a fait Von Mosetig, pour la régression des tumeurs épithéliales. C'est chose connue que la croissance d'un néoplasem dépend de la prolifération plus ou moins rapide des éléments cellulaires pathologiques, prolifération

qui a son point de départ dans la division des noyaux de ces cellules. Si l'on pouvait entraver cette fatale manifestation de la vie dans les noyaux des cellules, il apparaitrait comme possible d'étouffer le processus néoplasique, éventuellement même de provoquer la métamorphose regressive d'une tumeur où les noyaux viendraient à être frappés de mort. Mais comment agir sur les noyaux? Comme on le sait, dans les préparations histologiques, ce sont surtout les noyaux qui absorbent les substances colorantes et qui les fixent pour un temps déterminé; essayons donc de colorer la néoplasie *in corpore vivo*. Les noyaux cellulaires du tissu sain ne seront peut-être affectés, par la substance colorante, que d'une façon transitoire, tandis que les noyaux cellulaires du néoplasme, moins résistants, subiront peut-être une influence contrariante, voire même une influence nécrobiogène.

II. — ***Microbicide*** est la deuxième action du bleu de méthylène. Le bleu colore sur le porte-objet les microbes, et le microscope montre qu'il les tue instantanément. Stilling a prouvé par des expériences *in vitro* que les bactéries plongées dans une dissolution de couleur d'aniline étaient rapidement colorées, et par la suite tuées dans un laps de temps très restreint. Il a démontré aussi que le pain trempé dans une solution de bleu ne moisit pas et que les cultures de staphylocoques et de streptocoques s'arrêtent dans les solutions même infinitésimales, puis, que l'action du bleu semble liée à son pouvoir colorant et que ses effets sont beaucoup moindres lorsque les tissus malades ne sont pas suffisamment colorés. Ensuite, Erlich a montré que le bleu se fixait surtout sur les tissus les plus oxygénés et il a conclu que les cellules les mieux colorées et la saturation d'oxygène sont en connexion étroite, et que les tissus les moins saturés d'oxygène se comportent vis à vis du bleu comme des agents réducteurs et le décolorent. Donc, plus un tissu sera oxygéné, plus la coloration sera intense. De ceci, on a encore la preuve dans l'expérience suivante : Si l'on prend une préparation histologique ayant baigné dans une solution faible de bleu de méthylène et si on la soumet à l'action de l'eau oxygénée. on lui voit prendre une teinte plus accentuée. Les recherches *in animâ vili* ont montré aussi que les cellules les plus colorées étaient celles qui étaient le plus oxygénées. Ainsi les cellules nerveuses des petits filets nerveux, comme l'ont dit Erlich et Lippmann, se colorent fortement.

En microbioculture, de même, le bleu de méthylène prend beaucoup mieux sur les microbes aérobies, et surtout lorsqu'il sont soumis à une matière oxygénée ou ozonisée.

C'est, en effet, pour ces mêmes raisons que se colorent les microbes, ces cellules vivantes organisées, et qu'a lieu l'action nécrobiogène du bleu de méthylène sur les microbes. Pourtant, d'après Laveran, il ne suffit pas que tel agent chimique colore un microbe pour que, par ce seul fait, le microbe soit tué en un temps proportionnel à la puissance et au degré tinctorial. Il donne d'abord l'exemple du bacille de la tuberculose dont les réactifs colorants n'entament en rien la vitalité. Puis, il n'a jamais trouvé dans le sang, à l'encontre d'Erlich et de Lippmann et de beaucoup d'autres, d'hématozoaires colorés. Mais quoi qu'en pense cet auteur, ce qui est indéniable, c'est que les hématozoaires prennent expérimentalement d'une manière prononcée la coloration du bleu de méthylène.

Le complément de l'action microbicide du bleu est la désinfection, base de l'antisepsie. Mais il ne s'ensuit pas que, parce qu'il est microbicide et consécutivement désinfectant, le bleu de méthylène ne puisse être un antitoxique. Nous ne saurions trop le répéter, le bleu de méthylène peut, par ses facultés déjà indiquées, empêcher et détruire la prolifération microbienne, cause primitive de l'infection, mais il ne peut en rien contrarier et surtout annihiler les résultats chimiques de l'infection, simples effets de ces proliférations microbiennes.

III. — De l'action colorante plus ou moins accentuée du bleu et de la désoxygénation plus ou moins prononcée des cellules résultera la désintégration anatomique et physiologique de ces cellules, et forcément une diminution plus ou moins prononcée aussi dans la régularité des échanges vitaux. De là la présence de substances organiques par le manque d'oxydation nécessaire. Cette action toxique du bleu se manifeste par une sorte d'asphyxie des globules dans le sang, lorsque les doses de bleu de méthylène ont été trop considérables ou trop longtemps prolongées. Il arrive ainsi un moment où le degré de toxicité est suffisant à provoquer l'analgésie, une des trois actions importantes du bleu de méthylène.

D'après Combemale, le phénomène d'analgésie du bleu est prouvé par les recherches spectroscopiques et par des examens microscopiques sur les globules du sang et surtout les leucocytes. Ainsi, d'après toutes les recherches, le phénomène d'analgésie est dû à la transformation de l'oxyhémoglobine en méthémoglobine. C'est donc par la méthémoglobinisation que le sang atteste les effets nocifs du bleu de méthylène sur l'économie : c'est donc aussi que, dans cette intoxication, le rôle du sang n'a pas seulement consisté à véhiculer jusqu'au niveau des centres nerveux et de leurs expansions phériphériques l'agent médicamenteux. Ainsi altéré dans sa constitution intime, privé en particulier de sa propriété de fournir facilement de l'oxygène aux tissus, le sang a alors contribué à produire l'anhélement, l'insensibilité, la fatigue, à asphyxier en un mot les divers tisssus dont les réactions devenaient alors d'autant plus faibles que les conducteurs de l'influx nerveux étaient peut être en même temps influencés par la modification organo-chimique survenue dans le cylindraxe au contact du bleu de méthylène.

Il faut donc rejeter l'explication physiologique de l'analgésie, donnée par Erlich et Lippmann, et qui consiste à tout expliquer par la coloration des cylindraxes que ces auteurs ont toujours vu teintés en bleu. Or, comme on le sait, dans les expériences que Combemale, François, Ausset ont faites, il a été impossible de constater une seule fois cette coloration. Le cylindraxe ne se colorerait que lorsqu'on emploie la méthode des injections hypodermiques, et encore lorsque l'injection est faite dans le voisinage immédiat du nerf : ainsi une injection faite dans un nerf sciatique ne colore point le sciatique opposé. Pourtant, Pilliet est arrivé, par imbibition épidermique, à colorer le cylindraxe des nerfs périphériques chez les animaux vivants en laissant durant 4 jours la patte d'une grenouille plongée dans une solution de bleu, et en portant directement la patte sous le microscope. Dans ces conditions, l'on voit les nerfs de la patte colorés en bleu. Mais ce résultat, n'implique point que tous les cylindraxes de l'économie soient colorés. C'est ce dont en effet on peut se rendre compte par des recherches anatomo-pathologiques. Sont seuls colorés les cylindraxes des nerfs qui ont été en contact plus ou moins direct avec la solution de bleu. Enfin, l'explication de l'analgésie par la coloration du cylindraxe ne peut être d'aucun secours pour la compréhension de la connexité du pouvoir microbicide, tandis que celle de l'action du bleu de méthylène sur les éléments vitaux du sang avec le degré de toxicité sanguine rendue si manifeste par les expériences et par la thérapeutique (névralgies faciales rebelles, sciatiques douloureuses, zona, douleurs rhumatismales) semble de beaucoup préférable.

Les différents caractères physiologiques du bleu étant indiqués, passons à l'étude des particularités anatomo-pathologiques et physiologiques que crée ce produit.

D'après les expériences faites sur les animaux (Combemale, François, Ausset) et contrôlées aux nécropsies et d'après l'expérimentation chez l'homme, l'administration du bleu de méthylène en quantité normale par les voies digestives donne les résultats suivants au point de vue physio- pathologique.

Dans la bouche, le bleu de méthylène en solution a le désagrément de colorer les muqueuses et d'occasionner une saveur styptique désagréable. Aussi ne doit-on l'administrer qu'en pilule ou en cachet. Arrivé dans l'estomac, le bleu en poudre se dissout et colore immédiatement les parois. Là, il a une élection toute particulière pour les noyaux des cellules des glandes à pepsine. Cette action tinctoriale entrave leur fonction et agit surtout sur leur sécrétion; d'où l'emploi du bleu dans les dyspepsies hyperchlorhydriques. Lorsque la dose est assez forte, le sujet éprouve une gêne, une chaleur au creux épigastrique. Puis, le bleu contient-il une certaine quantité de chlorure de zinc et d'arsenic, il occasionne des céphalées, des vomissements et un malaise général.

Au passage dans l'intestin, le bleu en teint les parois, en colorant principalement les noyaux des cellules glandulaires et agit sur les terminaisons nerveuses qui par irritation provoquent chez certains sujets, tantôt quelques douleurs de l'intestin, tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation par parésie intestinale.

En même temps, le bleu s'étend à l'ensemble des canaux biliaires ; la bile à peine fluide est très foncée et quelque peu colorée par le bleu.

Par les lymphatiques et les capillaires mésentériques qui sont colorés en bleu, le bleu de méthylène atteint le sang. Dès lors, le sang prend une teinte plus foncée; il est de couleur un peu chocolat, il est plus visqueux. Le sérum est très peu coloré en bleu et certaines hématies au microscope, en très petit nombre, il est vrai, se montrent colorées en bleu. Il y a donc du bleu en suspension dans le sérum et, de plus, ce bleu se fixe sur les éléments solides du sang et surtout sur les leucocytes. Ce sang, au spectroscope, révèle les raies d'absorption de la méthémoglobinisation; il est donc altéré dans sa constitution intime, il est privé de sa propriété de fournir de l'oxygène aux tissus : l'oxyhémoglobine s'est transformée en méthémoglobine. La coagulation du sang, hors des vaisseaux, est alors très rapide et assez prononcée.

Le gros intestin est colorée en bleu, mais en moins grande proportion que l'intestin grêle. Les matières sont également colorées.

Le foie, plus volumineux, est chargé de sang couleur chocolat et de bile légèrement colorée.

Le bleu de méthylène colore la totalité des épithéliums du rein en bleu verdâtre : seuls, les glomérules prennent une teinte rosée ou rouge. Il dissocie donc nettement la fonction glomérulaire de la fonction épithéliale. Le rein est pourvu d'une grande quantité de matière colorante qui s'y est déposée; il y a, pour ainsi dire, un véritable dépôt. D'ailleurs, comme on le verra plus loin, et pour confirmer ce fait, l'urine bleue filtrée laisse sur le filtre un fort dépôt de particules.

Les parois de la vessie sont fortement colorées en bleu, et l'urine qui y est contenue est d'un bleu intense. Certains sujets soumis au bleu éprouvent une certaine tension, d'autres une pesanteur à ce niveau, d'autres une chaleur inusitée les invitant à uriner constamment, enfin d'autres éprouvent dans le canal, au moment de la miction, une cuisson, un picotement, une brûlure fort désagréable. L'urine bleue verdâtre émise reste toujours neutre : elle peut ainsi rester plusieurs semaines sans subir la putréfaction ni la fermentation ammoniacale, et de plus, elle ne donne pas de culture lorsqu'on l'ensemence sur un milieu nutritif.

Le sang des veines pulmonaires est d'une nuance plus foncée : il doit cette particularité à l'oxygène pulmonaire.

Les nerfs périphériques ne sont pas colorés, il en est de même du cylindraxe, à l'encontre de ce qu'en pensait Erlich.

(A suivre).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 mars 1898.

Présidence de M. le Pr POUCHET

M. LINOSSIER, présente une note intitulée : *Accidents éruptifs dus à l'emploi de l'exalgine.* Il s'agit d'une femme neuro-arthritique, âgée de 35 ans, atteinte de coliques hépatiques et dont les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. L'antipyrine ayant toujours provoqué chez cette malade des éruptions caractéristiques, elle préféra prendre un jour, pour atténuer son accès de migraine, un peu d'exalgine (un seul cachet de 0 gr. 25). L'ingestion de cette dose unique provoqua au bout de peu de temps l'apparition d'une éruption cutanée, se présentant sous l'aspect de papules et plaques d'un rouge vif, disséminées sur tout le corps, avec maximum le long des lignes verticales provoquées par la pression des baleines sur le corset. En outre, les espaces interdigitaux des mains étaient envahis par de grosses bulles remplies de sérosité : des lésions analogues avaient envahi les muqueuses vaginale et anale. Les lésions étaient douloureuses, non prurigineuses ; le tube digestif était le siège d'une douleur intense. Les accidents mirent 3 à 4 jours à disparaître.

M. BARDET fait remarquer à propos de cette observation que les doses inscrites dans les divers formulaires pour l'exalgine sont trop élevées. On trouve couramment l'indication de 0 gr. 40 par dose : or, la dose maxima chez l'homme est de 0 gr. 25, chez la femme de 0 gr. 15. Il faut du reste toujours commencer, pour tâter la susceptibilité du malade, par ne donner que 0 gr. 10 à la fois.

M. G. LYON donne lecture de son rapport sur *le traitement de l'ulcère de l'estomac.* Malgré les nombreuses recherches auxquelles la pathogénie de l'ulcère a donné lieu, les interprétations de la genèse de cette affection ne satisfaisaient pas complètement tous les desiderata. Aujourd'hui, les recherches concernent le chimisme stomacal ont permis d'élucider bien des points restés obscurs. On sait notamment que l'*hyperacidité*, pouvant aller jusqu'à 6 0/0 d'acide chlorhydrique libre, est la règle dans l'immense majorité des cas. A cette hyperacidité vient s'ajouter une *lésion de la muqueuse* ; c'est en ce point que se ferait l'ulcération. Il résulte de ce fait que l'indication première est de chercher à *cicatriser l'ulcère* : on commencera donc par restreindre l'irritation provenant des ingesta, en prescrivant le régime lacté absolu ou même, dans les cas graves, l'alimentation par le rectum. Pour calmer les douleurs le repos au lit suffira le plus souvent.

Les médicaments nombreux préconisés jusqu'à ce jour sont sans effet, à l'exception du *pansement au sous-nitrate de bismuth*, obtenu en faisant ingérer une certaine dose de ce produit en suspension dans l'eau ; au bout de quelques instants, le bismuth se dépose sur la muqueuse et constitue un enduit protecteur. La douleur sera calmée aussi par les enveloppements humides, les opiacés, les alcalins à haute dose qui neutralisent l'acide sans entraver l'évolution de l'affection.

Le *régime lacté* sera, le premier jour, limité à l'ingestion d'un litre au plus de lait, administré à doses fractionnées. Dans les cas très graves, on sera même obligé d'y renoncer et de s'en tenir à *l'alimentation par les lavements*. Cette méthode provoque chez le malade une perte de poids souvent considérable et de la rectite : il faut donc ne l'admettre que dans les

seuls cas où s'observent des hémorragies répétées. Le lavement nutritif le plus simple consiste dans un verre le lait dans lequel on a battu deux jaunes d'œuf. Les peptones provoquent facilement de la rectite. Pour désaltérer le malade chez lequel tout apport de substances alimentaires par voie stomacale a été supprimé, on donne des lavements d'eau tiède.

Le *repos au lit* durera 15 à 20 jours ; on ne sait pas actuellement quel temps il faut pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère.

Pour faire le *pansement au bismuth*, on commence par laver l'estomac, puis on y introduit 200 gr. d'eau tiède contenant en suspension 10 à 20 gr. de sous-nitrate de bismuth. Au bout de 2 minutes, le bismuth s'est déposé et on peut retirer l'eau avec le syphon ; on peut aussi faire coucher alternativement le malade pendant 10 minutes sur le dos et sur le ventre, pour obtenir une distribution exacte de la poudre sur la muqueuse. Cette méthode ne provoque pas d'accidents si le médicament est chimiquement pur. Son seul inconvénient est de produire de la constipation.

Pour traiter l'hyperchlorhydrie, *les enveloppements humides* (compresses de tarlatane trempées d'eau chaude et recouvertes de taffetas gommé), donnent d'excellents résultats, ainsi que le *sel de Carlsbad naturel ou artificiel*, dont l'effet immanquable est de diminuer l'acide chlorhydrique libre et les chlore total dans le suc gastrique. Dans les cas rares où l'on a affaire à une gomme syphilitique ulcérée, le traitement ioduré intensif donnera les meilleurs résultats.

En cas d'*hémorragie sérieuse*, on recourt à l'immobilisation, à l'alimentation rectale, à l'ingestion de pilules de glace. L'ergotine ne produit aucun effet curatif. Si l'hémorragie est très grave, on fera des ligatures serrées à la racine des membres et des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Chez les nerveux, la douleur est parfois si intense qu'on sera obligé de recourir aux injections de morphine. L'atropine, préconisée par certains auteurs dans le but de diminuer la sécrétion du suc gastrique, ne donne rien. Le *bicarbonate de soude* à haute dose calme les douleurs comme par enchantement, mais son influence sur la sécrétiou exagérée est plutôt nuisible. Il provoque aussi un tympanisme souvent pénible, et de l'irritation vésicale. Pour neutraliser l'acidité du suc gastrique, il faut donner 22 gr. de bicarbonate en 24 heures.

Quand on passe à une alimentation plus substantielle, on fera bien de ne pas trop compter sur les poudres de viande, que les malades ne prennent pas longtemps sans dégoût. La viande crue pulpée sera préférable. Un régime sévère sera du reste prescrit pendant de longs mois, crainte de récidives.

Si le traitement médical échoue, il faut s'adresser au *traitement chirurgical*. L'*excision de l'ulcère*, la première en date des interventions proposées, ne met pas à l'abri des récidives. La *gastro-entérostomie*, qui remédie au spasme du pylore existant dans presque tous les cas, est de beaucoup préférable, car elle supprime toutes les causes d'accidents.

Faut-il toujours intervenir? Non, car la mortalité par l'opération reste élevée ; on réserve donc l'intervention aux cas où le traitement médical a échoué ; le moment où on opère dépend entièrement des cas. La gastro-entérostomie n'a jamais été suivie de récidives de l'ulcère depuis 1893, époque à laquelle Doyen l'exécuta pour la première fois.

En cas de *perforation* ou de *périgastrite suppurée*, *l'intervention chirurgicale immédiate* représente la seule ressource. En cas *d'adhérences* provoquant des accidents, les résultats de l'intervention chirurgicale sont excellents.

La *transformation de l'ulcère en cancer* est difficile à diagnostiquer ; l'intervention chirurgicale est ici encore, dans les cas peu avancés, appelée à rendre des services.

M. Lobit lit une note sur le *traitement abortif de l'érysipèle* : on obtient, au moyen de badigeonnages au *collodion iodoformé*, ou mieux encore *iodolé* à 10 °/°, un arrêt complet de l'érysipèle en 3 à 4 jours. Des résultats rapides sont aussi observés à la suite de ce traitement dans les cas de lymphangite, d'adénites, etc. Il faut dépasser de 1 à 2 centimètres la zone inflammatoire et raser le cuir chevelu chez l'homme pour bien effectuer les badigeonnages. Le collodion force le passage de la substance antiseptique. Il est probable que d'autres antiseptiques, incorporés au collodion, produiraient les mêmes effets.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses

(Intoxications)

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Emploi de la colchique dans la goutte (*Med. Week d'après Medical News*, 9 octobre 1897.) — SCHUTZ pense que les accidents dus à l'emploi de la colchique dans le traitement de la goutte, sont déterminés par deux causes: l'emploi du médicament dans une période de la maladie où il est inefficace, et en second lieu l'usage de doses excessives.

La colchique doit particulièrement être prescrite toutes les fois qu'il y a douleur des articulations, fièvre, transpirations copieuses, essoufflement et pouls plein. La dose doit être faible: 20 à 40 gouttes par jour d'un mélange au 1/10e de teinture de colchique dilué dans l'alcool.

A. CHASSEVANT.

De la pommade salicylique dans le rhumatisme articulaire. (*Wratsch*, nº 5, 1898). — On sait que dans un grand nombre de cas l'acide salicylique, rarement administré à l'intérieur, provoque des troubles gastro-intestinaux, ce qui fait qu'on est obligé de recourir aux dérivés de l'acide salicylique: salol, salacétol, salipyrine, etc., ou bien d'employer l'acide salicylique à l'extérieur. Sterling a employé avec succès dans quatre cas l'acide salicylique sous forme de pommade.

Cette pommade a la composition suivante:

Acide salicylique. Lanoline. . . .	à à	15 gr.
Axonge		70 gr.

Et voici quels seraient d'après l'auteur les avantages de cette pommade.

1º A l'aide de cette pommade on introduit dans l'organisme une plus petite quantité de salicylates, le succès du traitement étant souvent inégal.

2º L'estomac qui souvent ne supporte pas le salicylate de soude est ainsi garanti contre toute atteinte; il faut faire remarquer cependant que même lorsque l'acide salicylique est employé à l'extérieur, il peut se produire des troubles gastro-intestinaux.

B. TAFT.

Diabète et hydrothérapie. (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie* Janvier 1898). — STRASSER estime que le diabétique peut retirer de grands avantages d'un traitement hydrothérapique bien dirigé; il est facile de constater qu'au cours d'un traitement de ce genre, la tolérance du malade vis-à-vis des hydrocarbures se trouve augmentée, la polyphagie diminue au contraire. On sait que la peau du diabétique est en général sèche, la transpiration s'obtient difficilement; il y a donc un intérêt capital à rendre, autant que faire se peut, à la peau ses fonctions normales. Or, ce côté de la question n'est que trop souvent négligé par les cliniciens. Il ne faut pas craindre de s'adresser à l'hydrothérapie en présence d'un diabétique atteint d'eczéma, par exemple; les dermatoses de ce genre sont rapidement modifiées quand on provoque une diminution de la sécheresse de la peau. Il arrive parfois qu'au début du traitement, le prurit et l'eczéma augmentent quelque peu, cette aggravation est de courte durée, et fait bientôt place à une amélioration continue. Les fonctions rénales, toujours exagérées chez ces malades, seront régularisées par l'activité vicariante du tégument externe, aussi observe-t-on une diminution de la diurèse et de l'albuminurie, quand elle existe.

Les diabétiques gras, qui transpirent facilement ne sont pas en général justiciables de l'hydrothérapie. Chez les autres diabétiques gras, on prescrira les bains de vapeur prolongés (dans la boîte), les bains froids avec réaction intense consécutive.

Les cas moyens et graves doivent être traités avec plus de ménagement: les enveloppements humides de 1 heure à 1 1/2 de durée sont ici tout spécialement efficaces, ainsi que les bains toniques (23º — 18º) avec révulsion énergique consécutive. En même temps, on agira favorablement, par cette méthode, sur les douleurs névritiques qui persécutent si souvent les malades à cette période. On peut même se permettre des

bains de vapeur, mais il ne doivent pas excéder une durée de 5 à 6 minutes.

Les contre-indications à l'hydrothérapie sont rares : une asthénie profonde, l'incapacité de se mouvoir, la cachexie avancée ne sont plus, cela va sans dire, justiciables de procédés thérapeutiques qui exigent de l'organisme une certaine force de réaction.

E. VOGT.

Le traitement thyroïdien du goître par HANZEL. *Wiener Klinische Wochenschrift* nº 46. 1897. — 220 malades atteints de goître ont été traités à l'Hôpital général de Vienne (professeur Chiari) et soumis au traitement par l'iodothyrine. La plupart de ces malades étaient porteurs d'un goître simple, quelques-uns d'un goître fibreux, ou kystique, ou bien ayant subi la dégénérescence colloïde. Dans presque tous les cas il s'agissait de femmes gées de 12 à 24 ans.

Un grand nombre d'entre elles étaient en même temps chlorotiques : il est à remarquer que ce sont celles qui ont le mieux toléré le traitement.

Celui-ci a consisté dans l'administration de tablettes de thyroïdine dosées à 35 centigrammes. La dose quotidienne a été de une pastille au début ; plus tard de deux, que l'on faisait prendre avant le repas de midi (pour éviter les malaises et les vomissements).

Il n'y a pas eu d'accidents sérieux à la suite de ce traitement. Quelques malades seulement ont éprouvé des nausées, des maux de tête, des palpitations.

Le plus souvent, dans les cas qui ont été améliorés, on a constaté après l'ingestion de 5 à 7 tablettes une diminution de volume du corps thyroïde.

Trois semaines au plus tard après le traitement, le volume du cou avait diminué de 3 à 4 centimètres. Quand ce résultat n'était pas obtenu après l'administration de 20 tablettes, on pouvait considérer l'échec comme définitif.

C'est surtout dans le goître simple que le traitement s'est montré efficace. Dans le cas de goître avec dégénérescence colloïde il a déterminé une diminution de consistance et une résorption partielle de parties hypertrophiées. Enfin dans le goître exclusivement colloïde et kystique, dans le goître vasculaire le traitement a eu un insuccès complet. Il a réussi au contraire dans un cas de goître fibreux.

Sur les 220 malades soumis au traitement thyroïdien, 67 on subi une diminution de poids, 8 autres ont au contraire augmenté de poids. La diminution a atteint en général 2 kilogrammes ; mais elle était passagère, de sorte qu'à la fin du traitement les malades avaient de nouveau récupéré leur poids primitif.

Les récidives ont été constatées dans 22 cas, après quelques mois de suspension du traitement. Dailleurs dans aucun cas on n'a obtenu de disparition complète de la tumeur goîtreuse.

G. LYON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT
Ancien interne des Hôpitaux

Traitement des luxations irréductibles de l'épaule. (*Société de chirurgie*, 23 févr. et 2 mars 1898). — A propos d'une opération de M. Delagenière (de Tours), concernant un fait de luxation ancienne de l'épaule, traité par l'arthrotomie avec un succès contestable, M. NÉLATON a fait un rapport dont voici les conclusions pratiques :

Il faut, au point vue des indications opératoires de l'irréductibilité, grouper les faits en trois classes.

1º Les luxations primitivement irréductibles. La cause est due évidemment à l'interposition fréquente d'un tendon, ou des bords de la déchirure capsulaire. Il faut faire *l'arthrotomie immédiate*, car c'est en vain qu'on exercerait des violences sur l'articulation.

2º Les luxations irréductibles datant de moins de six semaines. La capsule est l'obstacle le plus fréquent. On peut se borner alors à faire le *débridement* de cette capsule.

3º Les luxations remontant à une époque plus reculée, avec destruction probable de la capsule articulaire. Ici, la cavité est supprimée ; ainsi que le prouve le cas de M. Delagnière, il n'y a pas à compter sur une réduction illusoire pour rétablir les mouvements. Deux partis s'offrent à votre choix : *s'abstenir* totalement et mobiliser progressivement le bras. Ou bien faire la *résection* de la tête humérale. Celle-ci est indiquée seulement dans les cas ou le bras est positivement impotent et les mouvements douloureux. Comme application de ces données, M. RICARD expose une opération d'arthrotomie faite à un homme de 56 ans, pour une luxation intra-coracoïdienne de 6 semaines.

Après l'insuccès des tractions sous le chloroforme, par une incision angulaire, il désinsera le deltoïde dans un vaste lambeau,

découvrit l'humérus, perdu profondément dans les tissus, mais désinséra presque toute la capsule de la tête, sans pouvoir faire rentrer cette dernière. En arrière et en dedans, il y avait une bride solide dont la section fut nécessaire pour obtenir la réduction. Quatre mois après cette large opération, le malade avait retrouvé l'intégralité de ses mouvements. On peut donc compter sur d'excellents résultats opératoires, même dans ces conditions défectueuses.

M. CHAPUT vient à son tour insister sur les piètres résultats que donne la résection de l'épaule par suite du défaut de point d'appui pour l'extrémité supérieure de l'humérus. Aussi les mouvements actifs restent-ils très réduits. La luxation récidivante de l'épaule, chez des malades atteints d'arthrite sèche, peut nécessiter cette résection, que l'on fera aussi économique que possible. M. L. CHAMPIONNIÈRE résume ce débat en déclarant que lorsqu'on a affaire à une luxation ancienne de l'épaule avec des mouvements suffisants, il faut, ainsi que l'ont dit MM. Nélaton et Chaput, s'abstenir d'opérer. Si, pour une des raisons que nous avons exposées, l'opération s'impose, celle-ci ne doit pas avoir pour but la réduction de la tête dans une cavité déformée ou disparue, mais bien la *résection* de cette tête humérale, qui peut donner, selon lui, de très bons résultats.

AUG. BENOIT.

Suture artérielle. (*Écho médical de Lyon* 15 mars 1898). — A la Société des sciences médicales de Lyon, M. BRIAU a présenté au nom de M. Jaboulay et au sien un segment d'artère carotide d'âne ayant servi a expérimenter la suture circulaire complète du vaisseau. Leurs points de suture réalisent : 1° une hémostase parfaite; 2° l'isolement des fils en dehors de la lumière du vaisseau pour ne pas favoriser la formation de caillots; 3° l'accolement des deux endartères; 4° la conservation du calibre du vaisseau. L'animal avait guéri après la suture et les deux artères faciales battaient manifestement. A son autopsie, on a pu voir que la suture avait laissé peu de traces. Un mince thrombus blanc existait aux points où la compression hémostatique avait été faite; mais le courant sanguin n'avait jamais été interrompu.

AUG. BENOIT.

Traitement de l'appendicite aiguë et chronique, par QUÉNU. (*Journal des Praticiens*. n° 10. p. 145. 1898). — Le but essentiel de l'opération est de donner issue au pus, sans transformer un foyer d'infection circonscrit en un foyer généralisé; aussi M. Quénu réprouve-t-il la conduite des chirurgiens dont l'objectif principal est l'extirpation de l'appendice.

Sans doute il est des cas où la limitation du foyer, la situation antéro-externe de l'appendice qui fait saillie dans l'intérieur de l'abcès, rendent son extirpation facile; mais dès qu'il s'agit de faire des recherches et pour cela de décoller des adhérences, il faut rejeter l'opération radicale.

Pour aborder un foyer périappendiculaire on incise la paroi abdominale au niveau de l'empâtement ou de l'induration iliaque, en général l'incision de mise est celle qui sert à la ligature de l'artère iliaque. On est obligé parfois de la prolonger en dedans; il faut songer toujours à l'épigastrique, inciser plan par plan et si on doit dépasser en dedans la ligne médiane, lier l'artère préventivement dès qu'on a sectionné le muscle transverse.

Le péritoine sectionné, on se trouve en présence des deux cas suivants : tantôt on est tombé dans l'abcès qui était ilio-inguinal, il n'y a plus qu'à laisser s'écouler le pus, à nettoyer prudemment le foyer à l'aide de tout petits tampons d'ouate et à placer son drain : tantôt et assez souvent, le péritoine étant coupé, on se trouve dans la cavité péritonéale, on note l'existence de fausses membranes, s'étendant du cœcum à la fosse iliaque ou vers la cavité pelvienne, le foyer siège en arrière du cœcum et s'étend plus ou moins en bas et en dedans. Dans ce cas M. Quénu soulève avec précaution le cœcum, détache en un point limité les adhérences, après avoir bien protégé les alentours avec des compresses stérilisées, puis recueilli au fur et à mesure avec de petits tampons ouatés les gouttes de pus qui se présentent, élargit doucement l'orifice lorsque la tension de l'abcès s'atténue et minutieusement débarrasse la cavité de son contenu, toujours à l'aide de petits tampons ou de petites pièces de gaze stérilisée portés au bout d'une pince. Pas de lavage.

Lorsqu'il ne vient plus rien à l'orifice, M. Quénu place un drain jusqu'au fond, remplace les compresses de protection par des pièces de gaze iodoformée qui doivent continuer l'isolement de l'abcès dans la cavité abdominale.

Dans une 3e hypothèse, le foyer peut être plus loin que le cœcum, au milieu des anses intestinales méso-cœliaques, à ces cas il

convient de réserver le tamponnement à la gaze iodoformée.

L'expérience prouve que dans la grande majorité des cas la guérison est définitivement obtenue; cependant la récidive est possible; Mr Quénu l'a relevée une seule fois sur 35 cas.

Parmi les suites éloignées il faut mentionner l'éventration possible au niveau de l'incision. M. Quénu conseille d'attendre un an avant d'effectuer la réparation, afin de s'assurer que pendant une période déjà grande il n'y a eu aucune crise. La réparation s'obtiendra par l'incision de la cicatrice, le détachement des adhérences épiploïques et autres et les sutures plan par plan du péritoine. des aponévroses et de la peau.

G. Lyon.

L'opération de l appendicite en elle-même, par Lewis M'Murtry. (*Med. News*, 9 octobre 1897, p. 459.) — L'auteur examine successivement les divers temps de l'opération : l'incision, conduite à suivre devant les adhérences et les abcès, extirpation de l'appendice, drainage et isolement du péritoine avec la gaze. On doit chercher à obtenir par son incision un accès facile sur le cœcum avec un espace suffisant, en second lieu faciliter le drainage naturel, et enfin respecter la structure de la paroi incisée, pour permettre la séparation complète et éviter les hernies. Les interventions hâtives dans l'appendicite sont souvent entreprises dans les cas extrêmes, alors qu'il y a suppuration; elles consistent en l'ouverture de l'abcès, le lavage et le drainage de la portion abcédée. Dans ce cas on emploie en général l'incision verticale; adoptée par beaucoup de chirurgiens. On fait cette incision sur le bord externe du muscle droit, à droite, un peu en dedans de la ligne semilunaire droite. L'incision doit couper une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, presqu'au milieu, et avoir environ 3 pouces de long. La gaîne du muscle droit a été réclinée en dedans, sans être ouverte. Les muscles et le fascia sectionnés, on ouvre le péritoine et l'on trouve le cœcum sous le doigt. Cette méthode donne de bons résultats opératoires, la suture bien faite et aseptique permet la réfection intégrale de la paroi abdominale.

L'incision verticale ne donne pas cependant une voie d'accès commode sur l'appendice, comme le fait l'incision oblique. L'incision oblique présente aussi l'avantage de faciliter le drainage et supprime le danger d'épanchement [illegible] qu'il y a abcès de l'appendice. L'incision oblique se fait parallèlement au ligament de Poupart et traverse la ligne qui va de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, tout à fait à droite. Cette incision permet à l'opérateur d'explorer la fosse iliaque droite en venant du dehors. Le péritoine étant en général protégé par des adhérences déjà formées, Mac Burney a décrit une autre méthode d'incision oblique, dans laquelle après avoir sectionné la peau et le fascia superficialis, il dissèque les muscles avec un instrument mousse et les recline avec des rétracteurs pendant qu'on ouvre le péritoine et enlève l'appendice. Cette méthode ne peut convenir que si il n'y a pas d'abcès.

Pour clore l'ouverture, dans tous les cas où il n'y aura pas eu ablation de l'appendice et dans tous les cas où il aura suffit d'un simple lavage, la plaie sera suturée avec soin avec de la soie aseptique en surjet. Les muscles et aponévroses ayant été d'abord réunis par des sutures séparées au catgut. Lorsqu'il n'y a pas de suppuration laisser les sutures à la soie pendant 10 et 12 jours. Dans les cas de suppuration, lorsqu'un angle de la plaie doit rester ouvert, soigner le plus possible la suture de la partie supérieure de l'incision. C'est dans ces cas que se présentent le plus fréquemment les hernies, et il semble qu'aucune méthode de sutures n'arrive à les prévenir à coup sûr.

L'ouverture des abcès et la destruction des adhérences se fait suivant les règles généralement suivies dans la chirurgie péritonéale.

La localisation la plus fréquente des abcès est dans la partie postérieure du cœcum, on peut aller à leur recherche avec le doigt qui contourne l'appendice. Avant l'ouverture, on doit protéger le péritoine par un tamponnement de gaze. Le pus évacué, on doit nettoyer la cavité avec de la gaze et terminer par un lavage avec une solution chaude d'eau salée.

Au début, l'auteur ligaturait l'appendice, avec le méso-appendice, en employant de la soie stérélisée; il coupait l'appendice et appliquait de l'acide phénique pur sur la section.

Plus tard il a employé la méthode de transfixion du meso-appendice à sa base, l'excisant, dénudant l'appendice de sa coiffe péritonéale et coupant l'appendice au niveau de sa jonction avec le cœcum après l'avoir ligaturé avec de la soie fine. Après avoir stérilisé la surface de section, il l'invagine dans le cœcum et le recouvre de péritoine en suivant la méthode de Lambert. Il semble qu'il n'y a pas de grande différence entre ces deux méthodes, au point de vue des résultats ultérieurs.

Lorsqu'il y a nécrose de l'appendice, il faut bien fermer la communication avec l'intestin,

le moignon doit être soigneusement suturé. C'est dans ces cas qu'on observe des fistules stercorales surtout lorsque la nécrose s'étend sur les parois du cœcum.

Il ne faut pas se contenter du drainage de la plaie, à moins que l'état précaire du malade n'y oblige.

Dans les cas d'appendicite suppurée, on doit drainer la plaie. L'importance du drainage dépend de l'état de la fosse iliaque. Dans certains cas il suffit d'une mèche de gaze pour éviter la fermeture trop rapide de la plaie.

On doit placer des tampons de gaze après l'ablation de l'appendice dans le but d'assurer le drainage et aussi d'isoler la fosse iliaque du reste de la région péritonéale. Le malade doit rester au lit, tant qu'on laisse le drainage, les parois seront rapprochés pour faciliter leur réunion par des bandages adhésifs.

A. CHASSEVANT.

Diagnostic et traitement de l'obstruction intestinale aiguë. *(Société médico-chirurgicale de New-York).* — A la séance du 7 févr. 1898, F. KAMMERER a lu un travail concernant cette question. Il recommande en premier lieu de distinguer si l'on affaire à un cas aigu, ou à une attaque aiguë survenant au cours d'une affection chronique tendant à l'obstruction : les signes classiques de ce dernier état font souvent défaut, sans doute à cause de l'existence d'une hypertrophie compensatrice de la tunique musculaire de l'intestin, au-dessus du point sténosé.

La diagnostie trouvera un appui très important dans la présence de mouvements péristaltiques *visibles à l'œil nu*. Ce signe peut toujours être décelé à un moment donné, et si on ne le trouve pas plus souvent mentionné par les auteurs, c'est qu'il n'a pas été recherché avec le soin et la patience nécessaires. Le météorisme localisé joue aussi un rôle diagnostique marqué.

L'incision, dans le but de pratiquer la laparotomie, ne doit pas systématiquement passer par la ligne médiane : on devra, autant que faire se peut, la rapprocher du point supposé sténosé, de façon à exercer le moins de tractions possibles sur les masses intestinales.

La laparotomie sera pratiquée aussitôt que possible : si, dans quelques cas rares, on croit pouvoir espérer un résultat thérapeutique par un traitement interne, c'est à l'opium combiné au lavage de l'estomac qu'il faudra s'adresser.

E. VOGT.

Emploi du formol dans les cas de cancer inopérable. (*Die ärzt. Praxis* 15 Mars 1898). — Le Pr BAYER de Prague a pensé que l'action spéciale de durcissement et de mortification que l'aldéhyde formique exerce sur les éléments histologiques, pouvait être utilisée quand il s'agit de détruire des éléments cancéreux : dans un cas de cancer inopérable de la région scrotale, cet auteur a appliqué sur la surface ulcérée des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution aqueuse de formol à 2 0/0; le résultat fut bon mais insuffisant, aussi augmenta-t-il le titre de la solution jusqu'à 8 0/0 : à ce degré de concentration le topique devient irritant, et il faut protéger les parties saines, pendant l'application, au moyen d'onguent lithargyrique. L'escarre sèche qui se produisit se détacha facilement quand on la recouvrit de compresses imbibées d'acétate d'alumine.

Cette escarre mit environ 15 jours à se former ; après son élimination, on se trouva en présence d'une plaie granuleuse de fort bon aspect, sur laquelle n'existaient plus que peu de nodules néoplasiques.

L'auteur a eu l'impression très nette que le formol possède une action en profondeur beaucoup plus marquée que tous les topiques recommandés jusqu'ici, la mortification des tissus s'obtient sans danger d'intoxication, et l'action désodorante et antiseptique est aussi satisfaisante que possible.

L'auteur recommande, en terminant, d'essayer des mélanges de formol avec l'arsenic ou l'alcool p. ex., pour augmenter encore l'action destructive à l'égard des éléments néoplasiques.

E. VOGT.

Traitement de la fissure douloureuse de l'anus. (*Bul. off. de la Soc. Franç. d'électrothérapie*, Février 98). — Le Dr DOUMER, de Lille, a soumis 6 malades atteints de fissure à l'anus, au traitement électrique. Il a utilisé la haute fréquence avec le résonnateur et l'électrode à manchon de verre; ce dernier, d'un diamètre de 10 millimètres environ, est introduit dans l'anus, de façon à intéresser le sphincter dans toute sa hauteur. Les séances de 5 minutes en général, ne provoquent qu'une légère sensation de chaleur au point d'application ; on peut les faire tous les 2 jours.

Les résultats ont été toujours heureux, l'amélioration rapide ; la sphinctéralgie diminue, les fissures se cicatrisent et la constipation ainsi que les hémorroïdes quand ces complications existent, disparaissent.

Dans deux cas plus récents, l'amélioration ne se produisit que 5 à 6 jours après cessation de traitement, mais c'est là une exception.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

A propos de la prophylaxie, de la contagiosité et du traitement de la pneumonie. (*Medical Record*, 19 février 1898.) — BEVERLEY ROBINSON constate qu'aucune maladie est moins justiciable d'un traitement routinier que la pneumonie; en outre la thérapeutique a fait très peu de progrès à propos d'une affection dont la pathologie est aujourd'hui l'objet de tant de travaux importants.

L'affection est nettement contagieuse, et on en observe en Amérique de nombreux exemples, aussi le corps médical demande-t-il qu'à propos de cette affection on prenne les mêmes mesures que pour la scarlatine par exemple. Les infirmiers acquièrent une certaine immunité à mesure que le nombre des cas qu'ils ont soignés augmente; le danger est au maximum quand ils ont à soigner pour la première fois un pneumonique. Il faut surtout éviter de respirer l'air expiré par le patient et soumettre la chambre à l'action de vapeurs de créosote. La créosote semble avoir une action antiseptique très nette; on prendra, en outre, pour la désinfection des crachats, de la lingerie, etc., les précautions usuelles en cas de tuberculose. Pour se gargariser on utilisera la solution de thymol au millième, car on trouve dans le stade initial de l'affection de nombreux pneumocoques dans la cavité buccale.

L'auteur, et d'autres cliniciens avec lui, ont cru remarquer sur eux-mêmes que la fréquentation de salles d'hôpital contenant des pneumoniques provoquait une sorte d'infection atténuée, caractérisée par de la céphalalgie et un malaise général.

Y a-t-il lieu, en présence de ces faits, d'utiliser le sérum d'animaux immunisés, dans un but prophylactique ou curatif? L'auteur penche pour l'affirmative, en présence des succès enregistrés par lui-même et d'autres observateurs dans des cas très graves. La question présente actuellement encore des difficultés d'exécution assez grandes, aussi faut-il, en attendant, s'en tenir à l'emploi de la créosote en inhalations, et en donner à l'intérieur pour hâter la convalescence. Quelques cas récents permettent d'admettre que les inhalations de chloroforme présentent une action germicide très nette dans la pneumonie croupale : l'auteur se propose d'examiner ce point.

En tous cas, on a trop de tendance à ne considérer dans la pneumonie que les manifestations très marquées qui ont pour siège le poumon, alors qu'il serait bien plus rationnel de s'ingénier, au point de vue thérapeutique, à combattre la maladie infectieuse et ses toxines.

E. VOGT.

Action diurétique du mercure dans l'anasarque cardiaque, par LAWRENCE JENCKES. (*Med. News*, 9 oct. 1897 p. 468). — L'auteur rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles la calomel a agi comme diurétique. Un malade, atteint du souffle présystolique mitral et présentant de sérieuses complications pulmonaires avec épanchement ascitique et anasarque des membres inférieurs, ne pouvant plus supporter, ni la digitale, ni la caféine, est soumis à la médication hydrargyrique. On prescrit 3 grains de calomel (0, 18 centigrammes), avec du bicarbonate de soude. Au bout de quelques jours on observe, outre l'action purgative, qui s'est manifestée dès le début, un accroissement dans la quantité des urines émises; au bout de 10 jours il y a amélioration dans l'état général, mais le calomel n'est plus supporté. L'auteur rapporte encore d'autres observations analogues.

Le calomel est donc un diurétique, chez les malades atteint d'anasarque; mais on doit être réservé dans son emploi, à cause de son action purgative, et aussi parce qu'après quelque temps, il ne détermine plus aucune diurèse. Ce n'est pas un diurétique à employer couramment; mais dans certains cas, alors que la durèse est nécessaire à établir, et lorsque les autres diurétiques ne peuvent être supportés, ou ont perdu leurs effets, on peut y avoir recours avec bénéfice.

A. CHASSEVANT.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement du délire. — *Nortlestem Medical and Surgical Society of New-York*, 19 Janvier 1898. *The Medical News*, 26 Février 1898. — JOSEPH COLLINS considère deux variétés de délire : le délire primitif ou aigu, et le délire secondaire. Ce dernier peut se subdiviser en : 1° infectieux, 2° toxique, 3° délire d'inanition, 4° d'irritation (périphérique), 5° délire sénile.

Le traitement du délire aigu comprend deux indications principales : obtenir le sommeil et soutenir les forces. Pour provoquer le sommeil le Dr Collins prône le drap mouillé, avec le sulfonal ou trional à faible dose, 10 à 15 grains toutes les trois heures.

En cas d'insuccès on pourrait alors recourir à l'hydrate de chloral, à dose élevée. Surveiller l'alimentation.

Dans le délire initial de la fièvre typhoïde on s'opposera spécialement à l'action de l'agent infectieux sur le système nerveux. Après une ou deux bonnes doses de calomel, on introduit une forte quantité de solution saline dans l'intestin.

Le traitements du délire des périodes plus avancées de la fièvre typhoïde ne diffère guère du traitement du délire d'inanition.

Le délire initial de la pneumonie indique, chez l'adulte, ou l'alcoolisme ou une maladie grave; chez l'enfant il doit faire craindre une complication cérébrale.

La médication stimulante est toujours indiquée. Aux alcooliques on donnera de l'alcool, en même temps que la strychnine. Pour les enfants et les sujets non alcooliques, le chloral à petites doses est le meilleur hypnotique.

Contre le délire de la scarlatine, glace sur la tête et drap mouillé.

Dans les délires toxiques, il faut s'attaquer à la source toxigène, entraver son action sur le système nerveux central, et assurer l'élimination du poison.

Dans le délire d'inanition, traitement symptomatique.

Dans le délire sénile, maintenir les forces et surveiller la nutrition.

Si le délire est post-traumatique et persiste d'une façon continue, l'intervention chirurgicale peut se justifier.

Contre le délire de la chorée, repos au lit et petites doses de bromure.

Dans le délire épileptique, bromures à petites doses (10 grains toutes les heures ou toutes les deux heures) et restraint mécanique.

Le délire hystérique, après avoir vainement épuisé toutes les ressources de l'art. disparaît parfois spontanément. L'élément thérapeutique principal est l'isolement absolu, avec drap mouillé.

Robert A. Murray fait observer que certains sujets sont spécialement enclins au délire. Dans certains cas, le bain chaud lui parait préférable au froid, surtout chez les femmes. Il a employé avec succès, contre le délire de la pneumonie, la phénacétine combinée avec la caféine.

B. F. Curtis insiste sur le délire chirurgical, généralement d'origine toxique, et qui disparait avec la suppression de la cause : par exemple lorsqu'une plaie étendue a été pansée à l'iodoforme, s'il survient du délire, il faut enlever de suite le pansement. Curtis a vu le délire dû à une encéphalite parenchymateuse assez souvent soulagé par des doses répétées de veratrum viride.

Simon Baruch pense que les bains froids abaissent la température en favorisant l'oxydation et l'élimination des produits toxiques causant le délire. Le meilleur mode est de plonger rapidement et à diverses reprises le malade dans le bain, et de recommencer toutes les deux heures.

R. SÉMELAIGNE.

Observations sur le traitement de la paralysie générale, par A. ATHANASSIO, médecin-adjoint à l'hospice Marcoutza. *Presa Medicala Romana*, 6 février 1898. Athanassio pose ce principe que la syphilis n'est pas la cause unique de la paralysie générale, et que d'autres facteurs importants peuvent donner naissance à cette maladie, comme l'alcoolisme, le surmenage physique et psychique, les excès, et surtout l'hérédité neuropathologique. Le traitement spécifique n'est donc d'aucune utilité.

Sont indiqués : la teinture de noix vomique contre les troubles paralytiques proprement dits; le glycérophosphate de soude ou de chaux, le lactophosphate, comme reconstituants de la substance nerveuse, l'arsenic comme aidant à la nutrition générale; les bains tièdes prolongés avec compresses froides sur la tête, les vésicatoires et sétons à la nuque dans les périodes d'excitation.

R. SÉMELAIGNE.

La Spartéine dans le traitement de la maladie de Parkinson. TISON. *La Revue médicale*, 16 février 1898. — Le Dr Tison rapporte deux observations de paralysie agitante améliorée par le sulfate de spartéine. Il prescrit le médicament à la dose de dix centigrammes par jour dans la potion suivante :

Infusion de tilleul	80 gr.
Eau de fleurs d'orangers	10 gr.
Sulfate de spartéine	10ctgr.
Sirop des cinq racines.	30 gr.

F. s. a. Une potion à prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

R. SÉMELAIGNE.

De la trépanation dans les céphalalgies rebelles, par B. BOOTT et O. SCOOLFS. *La Clinique* (*Bruxelles*), 17 février 1898. — D'après Boott et Scoolfs, quelle que soit la cause de la céphalalgie, si celle-ci résiste à tout traitement et si les douleurs deviennent intolérables, il faut faire la trépanation. Lorsqu'aucun symptôme ne permet de choisir de préférence tel endroit de la boîte crânienne la région pariétale est celle qui semble, offrir le minimum de danger. Au besoin on peut faire une trépanation double, sur chaque région pariétale. La couronne du trépan aura en moyenne deux centimètres. Eviter d'ouvrir les méninges à moins d'indications spéciales.

R. SÉMELAIGNE.

Traitement électrique de la neurasthénie chez les hystériques. (*Bul. off. de la Soc. franç. d'Electrothérapie*, janv. 1898.) APOSTOLI et PLANET divisent les neurasthéniques en deux grandes catégories : ceux qui présentent les diverses manifestations de la diathèse arthritique, et ceux qui sont manifestement atteints d'hystérie. Un mémoire antérieur a été consacré par eux au traitement des neurasthéniques arthritiques : dans le second mémoire, que nous analysons ici, les auteurs arrivent, en s'appuyant sur de nombreuses observations, aux conclusions suivantes :

1° Les neurasthéniques qui sont entachés d'hystérie retireront un bénéfice très grand du traitement électrique par la statique ou franklinisation.

2° Le processus curateur du bain statique se manifeste surtout par l'action exercée contre l'insomnie et par le retour au sommeil normal.

3° La plupart des hystériques (mais non tous) qui se trouvent améliorés par la statique témoignent une intolérance variable pour la haute fréquence (et, en particulier, plus grande pour l'autoconduction dans la cage).

4° La faradisation qui a été indiquée comme pouvant seule donner un résultat quand on a affaire à certaines manifestations locales de l'hystérie, notamment dans les troubles de la sensibilité d'un organe ou d'une région, se montre quelquefois impuissante, tandis que la statique, qui agit d'une façon générale, peut donner des résultats plus rapides et plus considérables.

5° Avec la statique, on peut faire disparaître certaines manifestations hystériques, comme les tics convulsifs compliqués de coprolalie.

E. VOGT.

Maladies de la peau
Maladies vénériennes,

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Le naphtalan. (*Bull. gén. de thérap.*, 8 août 1897.) — A signaler l'apparition dans la thérapeutique d'un produit naphté du Caucase, sorte d'onguent brunâtre, voisin du goudron, qui s'emploie dans un excipient gras et aurait rendu de grands services dans l'eczéma chronique, la gale, l'impetigo.

Il atténue la douleur des brûlures et empêche la phlycténisation. Ce serait un bon topique pour les ulcères. A l'instar du goudron, il est susceptible de déterminer une légère folliculite superficielle.

MOREL-LAVALLÉE.

De l'emploi thérapeutique des rayons Rœntgen dans le traitement du lupus. (*Arch. d'élec. med.* 15 janv. 98). — ALBERS-SCHÖNBERG donne deux cas, avec photographies, de lupus guéris par l'action des rayons Rœntgen.

1er cas. — Jeune homme de 20 ans, traité pendant un an pour un lupus du nez, de la lèvre supérieure et de la joue gauche, sans résultat marqué, par les méthodes ordinaires. On recourt alors aux rayons X de la façon suivante : un masque d'étain recouvre les parties saines, une calotte du même métal

est placée sur la tête. Le tube est à 25 cent. du visage : la bobine prend 20 volts et 5 ampères. Durée de l'exposition ; 20 à 30 minutes tous les jours. Au bout de 17 jours de traitement, dermatite intense : à partir de ce moment la guérison se produit régulièrement.

2e cas. — Femme de 48 ans, lupus de la joue droite, traité au préalable par les méthodes classiques, sans grand succès. L'application du traitement nouveau provoque au bout de 5 jours une réaction (dermatite aiguë très intense). La malade est abandonnée à elle-même à partir de ce moment ; la guérison se produit peu a peu sans autre intervention, et une photographie, prise 6 mois plus tard, montre la malade débarrassée de son affection cutanée. E. VOGT.

Syphilis et nouveau-nés, par BOISSARD. (*Journal des Praticiens*, nº 5, p. 65, 1898). — Chez les nouveau-nés la tare syphilitique peut ne se manifester que par une débilité congénitale qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse.

Parfois, le nouveau-né dont l'augmentation de poids quotidienne est normale pendant un temps qui peut dépasser un mois, périclite tout d'un coup, sans que l'examen minutieux des différents organes puisse donner l'explication de ce dépérissement qui va se traduire par une perte de poids généralement considérable d'emblée ; la température est normale, les selles de bonne qualité.

Cette perte de poids arrivant brusquement, alors que le nouveau-né augmente régulièrement depuis plusieurs semaines et qu'il prend la même quantité et la même qualité de lait est le plus souvent graduelle et continue, parfois subite, rapide (100 gr. par jour), si bien que la mort arrive en quelques jours.

En présence de cette perte de poids que rien n'explique on est autorisé à soupçonner et à incriminer la tare syphilitique héréditaire d'origine paternelle, et les résultats que donnent le traitement confirment cette manière de voir.

C'est le mercure qu'il faut donner ; on ne doit pas craindre d'en administrer de fortes doses et parfois des doses énormes.

Deux préparations mercurielles sont en usage en pareil cas : les frictions et l'administration à l'intérieur de la liqueur de Van Swieten.

Boissard préfère de beaucoup cette préparation que les nouveau-nés supportent admirablement. On commencera par 20 gouttes, en augmentant de 10 gouttes tous les deux ou trois jours, jusqu'à concurrence de 80 gouttes dans les 24 heures. Il est parfois nécessaire d'atteindre cette dose extrême. C'est surtout l'étude de la courbe du poids de l'enfant, qui servira de guide ; parfois, deux jours après l'administration de la liqueur de Van Swieten, on voit la courbe se relever brusquement pour faire ensuite plateau, tant qu'on n'augmente pas la dose du médicament.

Le traitement devra être intermittent, c'est-à-dire devra être suspendu au bout de 12 à 15 jours, pendant une semaine, afin d'éviter la fétidité des garde-robes, car malgré ces doses élevées on n'observe pas de diarrhée ni de vomissements.

G. LYON.

Maladies des voies urinaires

Dr CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux.

Etude expérimentale et clinique sur le traitement de l'hypertrophie prostatique par les opérations pratiquées sur le testicule et ses annexes par ALBARRAN et MOTZ. (in-*Ann. Gen. Ur.* 1898 Janvier-Février-Mars.) — Dans cette longue et intéressante étude où les auteurs passent en revue les observations publiées, les travaux connus, les statistiques, les résultats expérimentaux et cliniques des chirurgiens qui les ont précédés et les leurs propres, on trouvera une série de considérations thérapeutiques dont les conclusions sont les suivantes.

C'est surtout au moment des périodes de rétention que l'on est appelé à intervenir. La prostatectomie et la cystostomie suspubienne ont des indications beaucoup plus restreintes que les opérations portant sur le testicule et ses annexes.

Ces dernières donneront des résultats, que la gêne à la miction provienne du volume de la prostate ou de l'insuffisance des contractions musculaires de la vessie.

Les opérations unilatérales n'ont guère de raison d'être.

Parmi les opérations bilatérales, la castration double est la meilleure : elle a fait ses preuves ;

La double vasectomie ne donne de résultats que dans les accidents congestifs : elle n'agit pas sur la contractilité vésicale, ni ne provoque l'atrophie du testicule ; elle n'a pour

elle que d'être une opération simple et de conserver le testicule;

L'angionévrectomie du cordon (résection entre deux ligatures d'une petite portion du paquet vasculonerveux du cordon, sauf le déférent, l'artère et les veinules déférentielles) a les avantages de la vasectomie et en plus agit en atrophiant la prostate comme la castration. Elle sera préférée à la vasectomie et faite lorsqu'une opération préventive sera jugée utile, alors que la castration paraîtra trop grave ou sera refusée par le malade.

E. CHEVALIER

Hypertrophie prostatique. Cystostomie suspubienne avec méat hypogastrique suffisant. CHAPUT, — *(Bulletin Soc. Chir.*, 9 mars 1898, p. 268). — Faire une boutonnière hypogastrique en ménageant un passage très étroit entre les muscles droits, en incisant la vessie avec un bistouri très étroit pour avoir un très petit orifice. Pendant quelques jours laisser une sonde à demeure n° 20,

Puis le malade a un méat hypogastrique continent pendant la station debout ou couchée. Le malade se sonde par le méat hypogastrique toutes les 3 ou 4 heures le jour, et la nuit garde la sonde à demeure dans le méat hypogastrique.

E. CHEVALIER.

Corps étranger de l'urèthre (épingle à chapeau) chez l'homme, par le Dr BAZY, *Bul. Soc. chir.*, 1898, p. 276. (Rapport sur une observation du Dr BROUSSIN). — C'est l'histoire d'un malade de 30 ans qui s'était indroduit une épingle à chapeau en acier, se terminant par une boule en cuivre lisse et polie — indroduction par la tête; — l'épingle reste dans l'urèthre, la pointe ayant pénétré dans le gland, d'arrière en avant et se trouvant fixée à 2 centimètres environ du méat.

Broussin saisit avec deux pinces hémostatiques les lèvres du méat, attire fortement l'urèthe en avant, dégage ainsi la pointe de l'épingle et la rend libre dans le canal. Il fait maintenir la traction par un aide, et introduit une sonde à bout coupé dans l'urèthre pour en coiffer la pointe de l'épingle. Il ramène ensuite fortement la verge en arrière : la sonde sortit alors du canal et avec elle la pointe de l'épingle qui fut saisie et tirée facilement au dehors.

Bazy trouve, avec raison, le procédé ingénieux et recommandable.

E. CHEVALIER.

Du traitement de l'hydrocèle vaginale par la résection complète de la séreuse pariétale, par ROUTIER. (*Journal des Praticiens*, n° 8, p. 113, 1898). — L'incision et la résection de la vaginale, dans le cas d'hydrocèle, constituent une opération simple, sans gravité, facile à exécuter; la cicatrisation est rapide; la guérison, définitive.

Les récidives étaient fréquentes avec l'ancien mode de traitement consistant en injections modificatrices. Rien d'étonnant à cela puisque la vaginale est toujours altérée : fausses membranes reliant les deux feuillets, état gaufré de la vésicule, corps étrangers libres, épaississement général de la séreuse.

A l'incision simple de Volkmann on a substitué successivement l'ouverture et la résection plus ou moins large de la séreuse; M. Routier en est arrivé à la résection totale de la séreuse pariétale.

L'anesthésie est générale ou locale, d'après la susceptibilité du sujet : chloroforme ou injections sous-cutanées de cocaïne au centième.

L'incision, qui doit comprendre les divers feuillets jusqu'à la séreuse exclusivement, mesure d'habitude 2 à 3 centimètres. La séreuse se distingue bien des autres couches par son aspect bleuâtre dû à sa distension par le liquide.

Avant d'ouvrir la séreuse on la décolle facilement en insinuant soit le doigt, soit une sonde cannelée entre la surface distendue et les autres tuniques.

On fend ensuite la séreuse au bistouri et on reprend ses bords avec deux pinces hémostatiques.

Presque aussitôt on voit sortir par l'incision du scrotum la vaginale décollée et le testicule qui est dans le fond.

L'important est de ne léser ni l'épididyme ni le cordon pendant qu'on va réséquer cette séreuse flottante : pour cela, il faut s'aider de la transparence que présente le feuillet pariétal même épaissi, en s'aidant du toucher d'autre part.

Un aide tenant la séreuse distendue, on sectionne aux ciseaux tout ce qui déborde, en rasant l'épididyme et le cordon. Du côté de la queue de l'épididyme on a, surtout dans les vaginales épaisses, deux ou trois vaisseaux à lier ou à coudre. On ne saurait être trop soigneux dans l'hémostase car la région, plus qu'aucune autre, est favorable à la production des hématomes.

L'hemostase assurée par des ligatures, au catgut par exemple, on rentre le testicule et

la plaie du scrotum est fermée par 2 ou 3 points de suture au crin de Florence.

Les suites sont toujours fort simples. Au bout de 7 à 8 jours on enlève les crins de Florence : le malade marche le neuvième.

G. LYON.

Traitement de la blennorrhagie par les injections d'argonine. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 12, 1897). — SERGUEIEFF décrit les résultats obtenus par l'emploi de l'argonine dans 23 cas de blennorrhagie (15 cas de gonorrhée aiguë et 8 chroniques). Tous les cas sont minutieusement étudiés aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue bactérioscopique.

On fit des injections avec une solution d'argonine à 1 1/2 pour 100 quatre fois par jour. On introduisit chaque fois dans l'urèthre 14 grammes de cette solution et l'on faisait garder le liquide pendant 10 minutes. Voici les résultats auxquels on est arrivé :

1° Les gonocoques se rencontrent non seulement dans le protoplasme cellulaire mais aussi dans les noyaux ;

2° L'injection de 7 gr. 50 de solution d'argonine n'est pas douloureuse même à la période aiguë de la blennorrhagie. On n'a jamais observé le moindre accident ;

3° L'argonine ne tache pas le linge ;

4° L'argonine possède bien des propriétés bactéricides : les gonocoques disparaissaient au bout de 3 à 26 jours à la suite des injections d'argonine ;

5° L'argonine ne possède probablement pas de propriétés astringentes ; d'autre part il n'y a pas de rapport entre la disparition des gonocoques et la cessation de l'écoulement ;

6. L'argonine ne diminue pas toujours la durée de la maladie.

B. TAFT.

Gynécologie

Dr BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine

Les névralgies pelviennes par LABADIE-LAGRAVE. (*Journ. des prat.*, 26 mars 1898.) — Le terme de névralgies pelviennes ne s'applique pas à une entité morbide véritable : c'est un symptôme que l'on peut rencontrer dans les états pathologiques les plus divers, où il n'apparaît que comme phénomène secondaire. L'auteur le considère ici dans sa nature essentielle, c'est-à-dire lorsqu'il se produit en l'absence de lésions suffisantes pour expliquer cliniquement sa nature et surtout son intensité extraordinaire.

Richelot a interprété ce terme de la même manière, lorsqu'il écartait du cadre de ces névralgies les douleurs symptomatiques de diverses lésions, telles que la rétroversion utérine ; le nom de grandes névralgies pelviennes est réservé par lui aux phénomènes douloureux, graves, permanents, rebelles, siégeant dans l'utérus ou les ovaires et s'accompagnant d'un état névropathique.

Les douleurs accusées par les malades, comme le fait observer M. Labadie Lagrave, sont elles-mêmes très variables. Le plus souvent, elles siègent dans la région ovarienne, principalement à gauche. La pression les réveille et les exaspère jusqu'à provoquer même des phénomènes généraux importants, tels que l'attaque d'hystérie. Néanmoins l'utérus peut aussi être le siège des mêmes douleurs, quoique moins fréquemment. Souvent aussi, la douleur partie de l'utérus et des ovaires s'irradie dans diverses directions ; certaines malades accusent des crises de cystalgie fréquentes, d'autres des douleurs du côté du rectum, des reins, ou dans divers points de l'abdomen.

Ces phénomènes douloureux sont extrêmement violents. Ils se présentent tantôt sous une forme paroxystique, lancinante, gravative : ils sont exaspérés par les mouvements et forcent certaines malades à garder l'immobilité la plus complète. Il y a cependant des périodes d'accalmie : l'utérus et les annexes restent, même dans ce cas, toujours sensibles au toucher.

L'examen local donne des résultats variables : parfois les culs de sac sont douloureux ; les moindres mouvements imprimés à l'utérus réveillent des crises violentes, de même que la palpation des ovaires. Parfois, on ne trouve aucune lésion véritable et certaines malades, restées alitées depuis de longues années à cause de leurs douleurs, ont pu devenir enceintes à plusieurs reprises. D'autres fois c'est une lésion réelle, mais légère, du côté de l'utérus et des annexes, une adhérence, un reste de paramétrite, une flexion, que l'on trouve à l'origine de la névralgie pelvienne.

Les grandes névralgies sont caractérisées par la permanence des douleurs, forçant les malades à renoncer à tout travail et les obligeant à garder le lit d'une façon presque continuelle, par leur longue durée surtout, qui explique que certains sujets, découragés par l'impuissance de toute thérapeutique, ré-

clament à grands cris les traitements chirurgicaux les plus radicaux et les moins justifiés.

L'anatomie pathologique donne sur la question des renseignements fort incertains. Parfois on a trouvé une dégénérescence scléro; kystique plus ou moins prononcée de l'ovaire. Le plus souvent, il est impossible de constater une lésion précise d'aucun organe. Très exceptionnellement, on trouve, à côté de la névralgie pelvienne, des phénomènes nerveux généraux établissant l'existence de lésions primitives du système nerveux central. Les nerfs de l'ovaire peuvent présenter des lésions de névrite ascendante qui expliqueraient la persistance des douleurs après la castration.

Ce qui est certain, c'est qu'après les interventions chirurgicales, même les plus complètes, les douleurs névralgiques reparaissent comme auparavant, après un temps plus ou moins long, quelquefois même immédiatement. Dans la plupart de ces cas, il y a lieu de se demander si l'hystérie, même considérée comme consécutive à la névralgie elle-même, n'est pas installée chez le sujet à titre définitif, sans que l'opération dirigée contre son point de départ puisse désormais y rien faire.

Quoiqu'il en soit, l'opération ne sera justifiée que lorsque l'application persévérante d'un traitement interne aura complètement échoué.

Il faut dire, d'autre part, que dans certains cas, la simple laparotomie, sans ablation d'aucun organe, ou même simplement simulée, a pu suffire à procurer la guérison à certaines malades, sans doute éminemment suggestibles.

Le traitement est à la fois local et général. On devra d'abord étudier l'affection au point de vue des causes qui peuvent la déterminer: causes locales, lésions de toutes sortes, causes générales, névropathie, principalement hystérie. Les névralgies pelviennes, en effet, exercent une influence désastreuse sur la santé générale, et il faut aider à la restauration des forces par tous les moyens médicamenteux et hygiéniques.

Quant au traitement médical proprement dit, c'est celui de toutes les névralgies. Les moyens, il faut le reconnaître, sont malheureusement parfois aussi impuissants qu'ils sont variés, depuis les narcotiques, injections de morphine, suppositoires calmants, jusqu'aux stupéfiants, aconitine et belladone.

Ce sont les moyens locaux qui donneront les résultats les moins mauvais. On aura recours à l'hydrothérapie appliquée localement, à l'électricité. Si l'on emploie ce dernier moyen, on devra distinguer entre les névralgies hystériques et les névralgies neurasthéniques. Dans le premier cas, on aura recours au courant faradique appliqué soit au-dessus du pubis, un électrode étant introduit dans l'utérus, soit à la faradisation intrautérine bipolaire, suivant le procédé d'Apostoli.

Dans les névralgies pelviennes d'origine neurasthénique, c'est de préférence aux courants continues qu'il faudra recourir, à direction descendante, appliqués sur la colonne vertébrale et au niveau des points douloureux. On pourra de même employer avec avantage les courants alternatifs de haute fréquence et surtout le courant sinusoïdal. La faradisation lombo-utérine ou lombo-vaginale donnera parfois des succès. Les séances varieront d'une durée de 10 à 20 miuutes, et il sera possible, au bout de la séance, d'obtenir la cessation complète, quoique momentanée, de la douleur. Mais les résultats durables ne seront obtenus qu'après de nombreuses séances et après des essais très variés, si toutefois ils sont obtenus. L'électrisation statique a une action non seulement antinévralgique, mais tonique générale et pourra, à ces points de vue, rendre des services.

Le traitement général a une grande importance. On prescrira un régime tonique, non excitant, un exercice modéré contre lequel les malades sont volontiers rebelles en raison des douleurs que tout exercice réveille. On soutiendra leur moral par des occupations intellectuelles.

L'hydrothérapie peut être pratiquée en toute saison, et peut, à elle seule, procurer la guérison, si elle est bien dirigée.

Les malades retireront encore de grands avantages d'une eau thermale pendant l'été. Néris, Pombières, Luxeuil, Dax, Saint-Sauveur, Ragatz sont les stations les plus recommandées dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes. Un fait qui ressort de la plupart des observations, c'est l'inutilité de l'intervention chirurgicale. Reclus parle d'une malade atteinte de névralgie de l'ovaire chez laquelle il fit avec succès l'opération de Battey. Plus tard, les douleurs reparurent avec une telle intensité, que la malade revint réclamer une nouvelle intervention qui fut refusée. Un autre chirurgien, auquel elle s'adressa, fit l'hystérectomie. Le succès fut immédiat, mais bientôt la malade recommença à souffrir autant qu'auparavant. Chez une autre femme, les douleurs persistèrent après l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Kirmisson a fait la castration chez une femme de 33 ans, nettement

hystérique, qui se plaignait de douleurs très vives, irradiées dans tout le bassin, sans lésions cliniquement appréciables Les deux ovaires enlevés étaient sclérokistyques.

Après une période favorable de 5 ou 6 mois, les douleurs pelviennes reparurent avec la même intensité qu'avant l'opération. Terrillon déclare que l'opération a donné des résultats chez des malades qui présentaient des lésions utéro-ovariennes sans hystérie. Quénu paraît considérer toute névralgie pelvienne comme étant d'origine hystérique, et posant en principe que les opérations ne réussissent pas dans l'hystérie, il pense que l'intervention est inutile dans les névralgies pelviennes. Cependant, Richelot déclare avoir obtenu une guérison complète chez une hystérique. Dans un cas de Bousquet, on enleva l'ovaire gauche douloureux chez une femme de 32 ans, souffrant de douleurs considérables irradiées dans tout l'abdomen. Pendant près d'un an, les douleurs ne reparurent pas, et on put croire à une guérison radicale. Mais la malade recommença à souffrir, et les douleurs atteignirent bientôt la même intensité qu'auparavant.

D'un autre côté, des névralgies pelviennes peuvent guérir spontanément, comme dans le cas cité par Verneuil, dans lequel l'opération était décidée, lorsque à la suite d'une attaque de manie aiguë, tous les phénomènes douloureux disparurent du côté du bassin. Dans un autre cas analogue, extrêmement douloureux, la laparatomie fut proposée, mais deux mois plus tard, la malade était absolument guérie sans avoir subi d'opération.

R. BLONDEL.

Traitement des métrorrhagies. HALENSCHER (*Munch. med. Woch*, n° 12, 1898), recommande les injections intra-utérines d'acétate d'alumine. Ce médicament étant dépourvu de toxicité, facile à employer, et doué même de propriétés antiseptiques, peut rendre de réels services dans la pratique courante. Son action astringente est telle qu'aussitôt après son introduction dans la cavité utérine, celle-ci se contracte avec une extrême énergie au point de gêner le retour de la canule, et que le vagin lui-même devient difficilement perméable au doigt. Quatre ou cinq injections suffisent, d'après l'auteur, pour avoir raison des hémorrhagies les plus rebelles. On emploiera pour cet usage, la seringue de Braun, ou une seringue ordinaire à laquelle on adaptera un tube de caoutchouc bien aseptisé et guidé jusque dans l'utérus: la quantité à injecter est de 30 à 40 centimètres cubes. L'auteur, qui a eu recours à ce procédé dans un grand nombre de cas, n'a jamais éprouvé d'accidents. L'emploi de cette méthode paraît surtout indiqué dans les métrites hémorrhagiques, les hémorrhagies de la ménopause et de la subinvolution, celle des fibrômes, etc.

R. BLONDEL.

Emploi du manganèse dans le traitement de la dysménorrhée. (*Med. News*, 27 novembre 1897, p. 679). — Ch O'DONOVAN publie quatre observations de malades atteintes de dysménorrhée, chez lesquelles il a institué le traitement manganésien. Sans pouvoir affirmer que le manganèse est le spécifique de ces affections, l'auteur estime que ce médicament dans certains cas produit des effets vraiment surprenants, amenant rapidement l'amélioration et même la disparition des phénomènes morbides. Dans les cas d'anémie et de chlorose, il convient de combiner avec le manganèse, le fer; mais dans beaucoup de cas, l'emploi du fer n'est en aucune façon indiqué par l'apparence de la malade, le manganèse suffit pour soulager les douleurs menstruelles. D'après ses expériences le manganèse a donné même dans l'anémie des résultats différents de ceux du fer.

Pour administrer ce médicament il convient de commencer par donner de faibles doses: 1 grain (0 gr. 06) d'abord, puis arriver graduellement à 5 grains (0 gr. 30) en trois fois, par jour, sans observer aucun trouble; mais l'expérience a montré à O'Donovan que le plus souvent il n'est pas nécessaire de dépasser la dose de 3 grains (0 gr. 18).

A, CHASSEVANT..

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

La fièvre de digestion chez les enfants. Sous ce titre M. le Dr COMBY (*Médecine Moderne* 16 février 1898), décrit des manifestations fébriles légères ou de moyenne gravité survenant plus souvent dans la dernière enfance, et en rapport avec une élaboration vicieuse des aliments.

Ces accidents se rencontrent surtout entre 3 et 10 ans chez des enfants qui mangent de tout comme leurs parents, c'est-à-dire soumis à une alimentation défectueuse; gros mangeurs, grands buveurs. Ils se manisfestent la nuit par de l'agitation, de la rougeur des pom-

mettes, des sueurs ou de la moiteur et de la fièvre; le matin l'enfant n'a plus de fièvre, mais il reste pâle et languissant, ces accès peuvent revenir tous les soirs ou seulement de temps à autre. Le plus souvent la fièvre est modérée, 38°. 38°,5 mais quelquefois elle peut atteindre 40° et plus; elle peut durer un, deux ou trois jours. Ces enfants, dans l'intervalle des accès, ont des digestions défectueuses, de la constipation habituelle, de l'anorexie plus souvent que de la boulimie, de la polydypsie presque toujours, quelquefois des selles fétides. La langue est généralement saburrale.

Le traitement comprend 2 parties.

1° un bon régime, 2° quelques médicaments eupeptiques et antiseptiques. Il faut bien se garder de donner la quinine, le quinquina et les toniques alcooliques qui ne feraient qu'aggraver la situation.

1) *Régime alimentaire.* — On interdira l'usage des vins et des mets excitants ou échauffants, sauces épicées, acidités, sucreries, pâtisseries, charcuterie, viande faisandées. On ne donnera pas la viande crue qui favorise les fermentations anormales. Les enfants seront soumis à un régime surtout végétarien: pain grillé, panades et soupes épaisses, purées de légumes secs, œufs, œufs au lait, fruits cuits, etc. On donnera, une fois par jour seulement, des viandes tendres, cervelles, riz de veau, côtelettes d'agneau, poulet, pigeon, etc.

Les repas seront au nombre de trois seulement, le premier à 7 ou 8 heures du matin, léger; le deuxième à 11 heures ou midi, copieux le troisième à 6 ou 7 heures du soir, moins abondant. Le taux des boissons sera réduit au minimum (200 grammes de lait ou d'eau d'Evian ou d'Alet ou simple à chaque repas).

2) *Médicament.* Il faut lutter avant tout contre la constipation. Pour cela il faut avoir recours à l'usage des aliments laxatifs (épinards, oseille, chicorée cuite, pruneaux, marmelade de pommes) ou donner pendant plusieurs jours une petite dose de magnésie ou de rhubarbe associée à quelques substances antiseptiques ou eupeptiques.

M. Comby reccommande le mélange suivant:

Bicarbonate de soude. . . .	0 gr. 30
Magnésie calcinée	0 gr. 25
Benzo-naphtol	0 gr. 20
Pepsine.	0 gr. 10
Poudre de noix vomique. . .	2 à 3 cent.

Pour un paquet, en prendre deux par jour, avant le repas, dans un peu de lait ou d'eau sucrée, pendant 8 ou 10 jours consécutifs.

Autre formule:

Bicarbonate de soude . .	0 gr. 20
Magnésie calcinée) Rhubarbe . . . .) ââ. .	0 gr. 15
Pancréatine	0 gr. 04
Poudre de noix vomique .	2 centigr.

Même mode d'administration.

S'il y a de la diarrhée, on remplace, dans ces formules, la magnésie et la rhubarbe par le salicylate de bismuth.

Quand l'enfant a la langue saburrale, on lui donne le calomel à doses fractionnées.

Calomel à la vapeur. . .	1 à 2 centigr.
Sucre de lait.	50 centigr.

Pour un paquet, en prendre 4 à 5 dans la journée (1 toutes les 2 heures) pendant 3 ou 4 jours.

Si la constipation reste opiniâtre on aura recours à des suppositoires à la glycérine ou à des petits lavements de glycérine pure.

E. THIERCELIN.

Deux cas de pleurésie purulente chez l'enfant guéris par ponction simple, par G. VARIOT. (*Journal de Clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 11, p. 20, 1898). Pendant l'année 1897 et dans les premiers mois de 1898, M. Variot a traité 12 cas de pleurésie purulente dont neuf ont guéri. Les trois enfants qui ont succombé avaient subi l'opération de l'empyème.

Sur les enfants qui ont guéri, les deux tiers avaient été traités par l'empyème, les autres par la ponction simple.

Sur quels signes particuliers doit-on s'appuyer pour recourir à l'un ou à l'autre mode d'intervention?

L'examen bactériologique peut donner des indications trés utiles à cet égard. La constatation du pneumocoque à l'exclusion du streptocoque, du staphylocoque, etc., permet de présumer une évolution favorable de la malade, mais cette seule constatation est insuffisante pour indiquer si l'enfant devra être traité par ponction simple, ou par l'empyème.

M. Netter dit lui-même que lorsqu'une ou deux ponctions simples n'auront pas suffi à obtenir la guérison dans les pleurésies à pneumocoques, il faudra ouvrir largement la poitrine.

M. Variot croit que l'observation clinique est encore le meilleur guide; les enfants de son service qui ont guéri après des ponctions simples avaient des épanchements peu abondants. Suivant lui la quantité modérée de l'épanchement et le peu de gène des fonctions respiratoires, l'absence d'elévation thermique, le bon état des fonctions digestives et de la nutrition forment un ensemble de conditions physiologiques qui peuvent faire espérer la guérison complète après la ponc-

tion simple dans la pleurésie purulente de l'enfant.

Inversement les épanchements très abondants remplissant tout un côté du thorax, refoulant fortement le cœur, gênant considérablement les mouvements respiratoires, doivent être traités par l'empyème. Il en sera de même lorsque le pus retiré par une première ponction sera putride, lorsque la température restera élevée pendant plusieurs jours. lorsque les forces se perdent et lorsque les fonctions digestives sont troublées; tous ces signes prouvent une infection générale partant du foyer qui devra être vidé au plus tôt et drainé largement.

G. Lyon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Sur l'action thérapeutique et physiologique du chlorhydrate d'hydrastinine. (*La Belgique médicale*, 17 mars 98). — Ronsse a soumis à une étude chimique ce corps dérivé de l'éther méthylénique de pyrocatéchine, dans lequel deux atomes d'hydrogène ont été remplacés par deux radicaux organiques. En thérapeutique on ne se sert que du chlorhydrate, qui se présente sous la forme de petits cristaux en aiguilles faiblement colorés en jaune, possédant un goût très amer, très solubles dans l'eau et l'alcool : la solution jaune obtenue est fortement fluorescente.

Les résultats consignés par les auteurs sont jusqu'ici contradictoires, aussi l'auteur a-t-il préféré expérimenter par lui-même pour s'assurer des effets de ce médicament. Il l'a administré sous forme de pilules, de poudres et d'injections hypodermiques à la dose de 10 à 15 centigr. par jour. Dans les essais concernant les sueurs profuses des tuberculeux, les doses ont été portées à 0 gr. 35 à 0 gr. 40 en une ou deux heures,

Les 32 malades traités se décomposent de la façon suivante : 17 cas d'affections utérines, 9 cas de tuberculose pulmonaire avec sueurs noctures, 2 cas d'hémoptysie, 2 cas d'épilepsie et 2 cas de néphrite.

1° *Affections utérines.* L'hydrastinine agit très favorablement pour combattre diverses hémorragies provenant de l'appareil génital et surtout dans les congestions utérines pures et les menstruations profuses. L'effet est nul dans les myomes et carcinomes. On n'observe aucune influence nuisible sur l'utérus gravide, même à des doses journalières de 0,30 a 0,40. Aucun phénomène n'a pu faire conclure au développement de contractions utérines sous l'influence du médicament.

2° *Tuberculose pulmonaire.* Sur 9 cas de sueurs nocturnes, 2 insuccès seulement ; sur les autres, effet tantôt passager, tantôt durable, se manifestant par une amélioration notable et souvent même une disparition complète des transpirations. Les doses doivent malheureusement être parfois portées à la limite de toxicité ; après un usage prolongé, l'action thérapeutique s'épuise. Il est vrai que le même phénomène s'observe avec les autres antidiaphorétiques.

Dans l'hémoptysie, il faut être très prudent, car l'expectoration devient plus difficile sous l'influence du médicament et les efforts de toux sont plus grands.

3° *Epilepsie.* Action douteuse, bien inférieure à celle du bromure.

4° *Néphrite.* Influence heureuse dans les deux cas observés. L'auteur ne donne pas d'autres détails.

Les symptômes d'intoxication (qu'on peut observer à partir de 0 gr. 40) consistent en fatigue, parésie, surtout accusée aux membres inférieurs et hyperesthésie cutanée. Jamais de troubles gastro-intestinaux.

L'injection sous-cutanée est assez douloureuse, on préférera en général la voie stomacale.

Les expériences sur des lapins ont démontré que l'hydrastinine provoque des contractions répétées et prolongées, à caractère physiologique, dans l'utérus : les recherches cliniques tendaient à faire admettre le contraire, mais il faut se rappeler que toutes les contractions utérines ne sont pas nécessairement ressenties par les femmes, surtout si ces contractions sont peu énergiques, comme dans le cas particulier.

E. Vogt.

L'anytine et les anytols (*Deutsche med. Wochenschrift* 10 Mars 1898). — Loeffler rappelle que sous son instigation on a fait, il y a quelques années déjà, des recherches à l'institut hygiénique de Greifswald sur l'action bactéricide de l'ichthyol. Des substances de composition chimique voisine, des carbures d'hydrogène retenant environ 10 0/0 de soufre forment, le point de départ d'une série de réactions chimiques qui donnent en fin de compte des produits très solubles dans l'eau

et très antiseptiques se rapprochant de l'ichthyol.

Si on traite ces hydrocarbures par l'acide sulfurique concentré, si on neutralise par l'ammoniaque et si on extrait du sel ammoniacal ainsi obtenu les substances insolubles dans l'eau, au moyen d'alcool, on se trouvera en présence d'un sel ammoniacal, qui en solution aqueuse favorise dans de grandes proportions la solubilité de plusieurs hydrocarbures insolubles dans l'eau.

Le sel ammoniacal sulfoné a reçu de HELMERS le nom d'*anytine*, et les hydrocarbures rendus solubles par la présence d'anytine, ont reçu le nom d'*anytols*. Un phénol, par exemple, sera désigné dans ces conditions, sous le nom de « phénol-anytol. »

Dans ces catégories des anytols on peut aujourd'hui ranger quelques hydrocarbures de la série aromatique, plusieurs phénols, les crésols par exemple, la plupart des huile éthérées et les camphres. L'iode subit la même influence, mais il modifie à son tour l'anytine.

Le degré de concentration de la solution aqueuse d'anytine joue un grand rôle dans le phénomène : plus la solution sera concentrée, plus rapide et plus importante sera l'action dissolvante. On préparera donc de préférence des anytols très concentrés, qu'on délaiera ou moment de s'en servir.

L'anytine pure représente un corps brunâtre très hygroscopique, soluble dans l'eau en toutes proportions. Il est préférable de considérer comme anytine type, une préparation contenant 33 0/0 d'eau : c'est un liquide brun épais beaucoup plus maniable que le produit anhydre.

On comprendra sans peine quelle importance pratique considérable a l'anytine, puisqu'elle nous permet d'utiliser pour les opérations de désinfection des substances jusqu'ici un peu délaissées à cause de leur faible solubilité. Loeffler a en conséquence cherché à utiliser les anytols pour la destruction locale de colonies bacillaires diverses. De très nombreuses recherches bactériologiques furent instituées : c'est l'anytol de méta-crésol (1 0/0 et davantage) qui présente à cet égard le plus grand intérêt.

La solution à 1 0/0 correspondant comme action à une solution phéniquée à 3 0/0, n'irrite absolument pas le tégument externe, aussi offre-t-elle de grands avantages pour la désinfection des mains. Il semble que dans un cas d'érysipèle, le badigeonnage avec l'anytol de meta-crésol diminue la durée de l'affection : les expériences sont continuées Dans l'ozène, l'introduction pendant 3 à 4 heures tous les jours de tampons d'ouate saturés de la solution à 1 0/0 donne les meilleurs résultats : dans plusieurs cas, observés par le Pr Strübing, l'affection a entièrement disparu sous l'influence de cette médication, Il y a lieu d'essayer aussi l'action de la solution sur le gonocoque ; les tampons vaginaux à l'anytol de méta-crésol, à 1 0/0 sont en tous cas fort bien tolérés.

Dans la diphtérie, la solution à 3 0/0 exerce une action locale des plus énergique, non seulement par destruction du bacille, mais encore par influence sur la toxine diphtérique.

Les recherches sur les anytols sont loin d'être terminées : Lœffler engage vivement les cliniciens à s'intéresser à l'étude de ces substances.

E. VOGT.

Sur les applications locales de salicylate de méthyle par MM. LINOSSIER et LANNOIS. (*Académie de médecine* 22 mars 1898.)— Comme conclusion d'études antérieures sur l'absorption cutanée, les auteurs ont présenté il y a deux ans à l'Académie une méthode de traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle. Aujourd'hui ils résument d'après leurs propres recherches et celles des nombreux expérimentateurs qui les ont suivis, les résultats obtenus par cette méthode et ses indications.

L'absorption cutanée du salicylate de méthyle était hors de discussion après leurs premières expériences : quant à son action thérapeutique, ils avaient pensé qu'elle serait celle du salicylate de soude à l'intérieur augmentée d'une action anagésique locale, et sans action irritante pour l'estomac C'est ce que l'expérience a vérifié.

Les symptômes d'intoxication si fréquents après l'usage du salicylate de soude sont absolument exceptionnels. Même avec des doses massives (M. Lemoine a employé jusqu'à 24 grammes) on ne constate ni vertiges ni bourdonnements d'oreilles.

Dans le rhumatisme articulaire aigu l'influence du salicylate de méthyle sur l'évolution de la maladie semble la même que celle du salicylate de soude, mais la douleur est plus vite calmée (Lemoine). Elle peut reparaître après douze heures, d'où l'indication de pratiquer deux badigeonnages par jour. On peut faire les applications en un point éloigné des articulations douloureuses, sans modifier sensiblement les résultats. Le seul motif de

préférer la salicylate de méthyle au salicylate de soude est ici l'intolérance des voies digestives.

Dans la plupart des formes subaigües. dans les poussées aigües des formes chroniques du rhumatisme, l'affection étant mieux localisée. le salicylate de méthyle offre au contraire sur le salicylate de soude une supériorité marquée. C'est, dit M. Siredey, le médicament de choix. A l'action générale des salicylates, il joint une action locale qui peut devenir prépondérante. Il agit très bien contre l'arthrite goutteuse, avec un peu moins de constance dans les rhumatismes infectueux ; il a été employé avec succès contre beaucoup de névralgies et de névrites sciatiques. névrites des typhiques, des tuberculeux, des alcooliques.

Enfin, comme analgésique. il a pu rendre service dans beaucoup d'affections douloureuses : mais en dehors des cas que nous venons d'énumérer on ne peut compter sur son action.

La dose moyenne de 4 gr. proposée d'abord peut être modifiée dans une large mesure. M. Lemoine l'a élevée sans inconvénient à 24 gr., M. Siredey a obtenu des résultats thérapeutiques avec 2 gr. à 3 gr. C'est dans le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme infectieux qu'il faut atteindre les plus fortes doses (10 à 12 gr.)

Lee auteurs ont déjà protesté contre la substitution au salicylate de méthyle de l'essence de Wintergreen naturelle, d'une composition inconstante, d'une odeur plus pénétrante.

Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué au badigeonnage enveloppé les applications de pommade. MM. Linossier et Lannois avaient déjà indiqué que le mélange de vaseline ou d'axonge au salicylate de méthyle ralentit l'absorption. Ils ont fait à nouveau des expériences qui leur ont donné les résultats suivants. Après application directe sur la peau de 2 gr. 50 de salicylate de méthyle, on retrouve dans l'urine 0gr. 30 d'acide salicylique ; si le salicylate de méthyle est incorporé à 30 gr. de vaseline 0 gr. 15, à 30 gr. de lanoline 0 gr. 16 ; à 30 gr. d'exonge 0 gr. 19. Enfin, si la pommade à la vaseline est appliquée sans enveloppement on ne retrouve dans l'urine que 1 centigramme d'acide salicylique.

La vaseline, l'axonge, la lanoline, diminuent donc notablement l'absorption du salicylate de méthyle par la peau. Si la pommade est appliquée sans enveloppement, l'absorption est à peu près nulle.

MM. Linossier et Lannois concluent en recommandant la technique qu'ils ont déjà décrite. en insistant une fois de plus sur la nécessité d'un enveloppement hermétique.

R. Blondel

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Coqueluche

Traitement prophylactique, soins hygiéniques

Isoler le coquelucheux pendant toute la durée de la période des quintes et pendant trois semaines encore après la disparition complète de celles-ci.

Recueillir autant que possible les *crachats* dans des vases contenant une solution de sublimé (à 1 p. 1000).

De même pour les vomissements.

Lavage de la bouche avec l'eau boriquée ou

Acide phénique	1 gr.
Thymol	0 gr. 10
Eau distillée	500 gr.

Antisepsie nasale, avec la vaseline boriquée et mentholée,

Vaseline	30 gr.
Acide borique.	6 gr.
Menthol	0 gr. 05

Introduire 4 fois par jour gros comme un pois de cette pommade.

Permettre les *sorties*, si la température du coquelucheux est normale et si le temps le permet.

Séjour au lit de rigueur quand la température dépasse 37°5.

Eviter les *refroidissements*. (Vêtements de flanelle).

Alimentation variée ; multiplier le nombre des repas quand les vomissements sont fréquents. Faire manger l'enfant aussitôt après une quinte.

Aliments de digestion facile et nutritifs sous un petit volume : Viandes grillées, gelées, cervelles, ris de veau, œufs, purées de féculents.

Crèmes, laitage : café utile comme stimulant.

Désinfection de la chambre à coucher, après guérison complète

TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE.

A ce moment, il existe de la bronchite, sans quintes et le plus souvent la nature de cette bronchite n'est pas suspectée, à moins qu'il n'y ait contagion évidente ; aussi le plus souvent le traitemen est-il celui de la bronchite vulgaire : *potions expectorantes*.

Infusion d'ipéca à 0 gr. 30.	60 gr.
Sirop de capillaire	30 gr.
Benzoate de soude	0 gr. 50

A donner par cuillerées à café en un ou deux jours, suivant l'âge.

Potions calmantes avec eau de laurier cerise (1 à 5 grammes), looch avec sirop de codéine (5 grammes pour un enfant de deux ans, etc).

S'il y a rapidement de l'encombrement bronchique, donner l'*ipéca* (poudre et sirop) :

Sirop d'ipéca	30 gr.
Poudre d'ipéca	0 gr. 30

Une cuillerée à café de 5 en 5 minutes, jusqu'à vomissement. (User modérément des vomitifs, contrairement à la tendance habituelle).

Période des quintes. Trois médicaments d'une efficacité incontestable. { *Belladone*. *Antipyrine*. *Bromoforme*

On peut les associer ou en faire alterner l'usage.

Doses :

Belladone : Sirop, une cuillerée à café par jour au-dessous de 3 ans, deux cuillerées au-dessus de cet âge (Comby).

Teinture : de 0 à 15 mois 1/2 goutte à III gouttes
de 15 mois à 3 ans, V gouttes.
de 3 à 5 ans, V à X gouttes.
de 5 à 10 ans, X à XV gouttes.

(Ces doses peuvent être un peu augmentées en surveillant attentivement les enfants).

Antipyrine : 0 g. 20. 1 g. au-dessous de 2 ans (Marfan) ; après deux ans, 1 à 3 grammes.

Bromoforme : Au-dessous de six ans donner autant de fois quatre gouttes que l'enfant a d'années.
Avant six mois commencer par une goutte, après six ans 20 gouttes (augmenter ensuite de 2 gouttes par jour).

Sirop de tolu	100 gr.
Sirop de Belladone, . ,	20 gr. (Marfan)

De la naissance à 2 ans une ou 2 cuil. à café
De 2 ans à 5 ans 3 —
Après 5 ans 5 —

Sirop de tolu. . 150 g.
Sirop de belladone 50 g. (Cadet de Gassicourt)

(Une cuillerée à café représente 1 gr. 25 de sirop de belladone).

Une cuillerée à café par jour en deux fois pour les plus jeunes enfants.

Augmenter progressivement les doses par 1/2 cuillerées à café ; les faire prendre à intervalles réguliers jusqu'à sédation des quintes.

Au-dessus de 7 ans, commencer par deux cuillerées à café.

Signes d'intolérance indiquant que l'on doit s'arrêter : a) dilatation pupillaire.
b) congestion de la face.

Antipyrine	3 gr.
Sirop de fleurs d'oranger. . .	20 gr.
Eau distillée	100 gr.

Une cuillerée à café représente 0 gr. 10 d'antipyrine.

Antipyrine	3 gr.
Sirop de belladone.	20 gr.
Eau distillée	100 gr.

Même posologie que pour la potion belladonnée simple.

Bromoforme	48 gout.
Huile d'amandes douces . . .	15 gr.

Ajouter

Gomme arabique	15 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères	15 gr.

Eau distillée Q. s. pour faire 120 c. c.

Une cuillerée à café renferme 2 gouttes de Bromoforme.

On peut simplement faire prendre le bromoforme par gouttes versées dans un peu de lait.

Signes d'intolérance : a) cyanose de la face.
b) faiblesse et irrégularité du pouls.

G. Lyon.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS & NOUVELLES

La patente des médecins. — La commission du budget de la Chambre des députés a proposé d'augmenter encore la patente des médecins. Elle proposait simplement ceci :

« Par exception les patentables des dix-huit catégories qui viennent d'être désignées (professions dites libérales) sont passibles du taux du 10e au lieu du 12e pour tous les locaux soumis au droit proportionnel :

1° Lorsque, exerçant leur profession à Paris, ls occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 francs ;

2° Lorsque, exerçant leur profession dans une autre ville de plus de 100.000 âmes, ils occupent soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2.000 francs. »

La Chambre a repoussé cette augmentation et décidé que les choses resteraient en l'état actuel.

En revanche M. Pédebidou n'a pu faire admettre les deux amendements que voici :

« En ce qui concerne les médecins, le droit proportionnel est limité aux locaux professionnels à l'exclusion de ceux affectés à l'habitation

« En ce qui concerne également les médecins, sont seuls assujettis au droit proportionnel les locaux situés dans l'arrondissement d'enregistrement du diplôme ; si le même médecin occupe deux habitations distinctes dans le même arrondissement ou dans un autre arrondissement, il y a lieu d'imposer seulement celle servant à l'exercice de sa profession. »

« Les médecins ne pourront être assujettis au payement de la patente que dans la commune où ils exercent réellement leur profession et pour laquelle ils ont fait enregistrer leur diplôme conformément à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892. »

A propos d'articles-réclames. — Depuis quelques mois, un pharmacien nommé Louis D. faisait paraître, dans la presse quotidienne, une succession d'articles-réclames préconisant la Lotion D, *qui fait repousser les cheveux à n'importe quel âge dans n'importe quel cas.*

Ces articles et une brochure-réclame de même ordre citaient constamment le nom de M. le Docteur Sabouraud, de façon qu'on pût croire que le Dr Sabouraud appuyait lui-même les conclu-

sions de la brochure ou des réclames et proclamait les vertus des produits commerciaux dudit pharmacien.

Bien que chacun de ces articles constituât un abus flagrant du droit de citation, leur texte rigoureusement examiné ne pouvait prêter sûrement à une intervention judiciaire efficace, lorsque parut, dans *l'Annuaire Hachette 1898*, une nouvelle réclame où cette fois, était articulé un fait entièrement faux. Il y était dit que M. le Dr Sabouraud, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, signalait récemment une étude très documentée de M. L. D. concluant à la destruction du microbe de la calvitie par la Lotion D.

Dans ces conditions, le Dr Sabouraud constitua aussitôt avoué. La maison Hachette prouva sa bonne foi entière et aida le plaignant à obtenir réparation du préjudice causé.

Sous la menace d'une action judiciaire immédiate, M. D. écrivit à M. le Dr Sabouraud la lettre suivante, qui arrêta les poursuites et l'assignation :

« Paris, le 28 janvier 1898.

« Monsieur,

« Je reconnais que j'ai eu tort de me servir de votre nom dans les articles-réclames que j'ai fait publier dans les différents journaux que vous me signalez. Je reconnais également que j'ai eu tort de placer dans la brochure intitulée : *Microbes de la calvitie*, votre nom à côté du mien, pour appuyer de son autorité le fait que j'avance et dont je devais porter seul la responsabilité.

« Je reconnais enfin que j'ai eu tort, non seulement de citer votre nom dans la réclame insérée par mes soins à la page VIII de l'*Almanach Hachette*, sous la rubrique : Comment on devient chauve » mais encore d'y consigner ce fait inexact « que vous signaliez récemment une étude très « originale et très documentée de M. Louis D., « qui concluait à la destruction du microbe de la « calvitie par une lotion spéciale..., la Lotion D. »

« Je n'avais évidemment aucun droit d'associer votre nom au mien dans ces publications ; encore moins celui de vous prêter des opinions que vous n'avez jamais exprimées.

« Je vous en fais mes excuses et je m'engage désormais à ne jamais me servir de votre nom dans les divers articles de publicité que je serais amené à faire paraître.

« Pour vous donner la satisfaction à laquelle vous avez droit, je consens à ce que la présente lettre soit publiée intégralement dans le *Journal du Syndicat des Médecins de la Seine*.

« *Signe* : L. D. »

Maladies de l'estomac. — M. le Docteur Paul TIXIER, chef de clinique de M. le Professeur Hayem, a commencé le *jeudi 10 mars* à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Faculté à l'hôpital *Saint-Antoine*, une série de conférences qu'il continue tous les jeudis sur la technique des principaux moyens de *diagnostic des affections de l'estomac*.

BIBLIOGRAPHIE

Les Maladies évitables. Prophylaxie, hygiène publique et privée, par le docteur Georges J.-B. BAILLIÈRE. 1898. 1 vol. in-18, 250 pages (*Bibliothèque scientifique contemporaine*) J.-B. BAILLIÈRE et FILS.

Les maladies microbiennes dont on connaît aujourd'hui les causes, grâce aux travaux de Pasteur et de ses élèves, sont toutes des maladies évitables.

S'inspirant des idées de M. le Professeur Brouardel et de M. le Dr Charrin, l'auteur étudie le rôle de l'organisme qui constitue le *terrain*, et le rôle des différents éléments contenant contenant le *germe*, dans la propagation des maladies contagieuses. Le terrain et le germe sont les deux facteurs essentiels de la maladie.

Après avoir donné les preuves du rôle du terrain, il indique les mesures prophylactiques destinées à maintenir l'organisme en bon état et à prévenir son envahissement par les germes infectieux.

Il passe ensuite en revue les preuves de la contagion par l'air, l'eau, le sol, les aliments, et il indique pour chacun les moyens à mettre en œuvre pour éviter la transmission des germes par l'air, l'eau, le sol, les aliments.

C'est donc un livre d'applications, prouvant que l'hygiène bien appliquée permet d'éviter les maladies microbiennes, que l'homme a la santé qu'il se fait ; car « l'homme ne meurt pas il se tue ».

Puisse ce livre se répandre dans tous les milieux et se trouver dans toutes les mains ; la prophylaxie des maladies évitables est un des remèdes les plus efficaces contre la dépopulation.

R. B.

Nouvelle Imprimerie, 3 rue Bourdaloue. — Paris.

Le Propriétaire-Gérant, R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Nominations. — Par décret en date du 17 février, rendu par le Président de la République, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriales aux grades suivants :

Médecin principal de 1re classe de réserve. — M. Breton, médecin principal de 1re classe de l'armée active retraité.

Médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de 2e classe de l'armée active retraités Bertele, Mangenot.

Médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraités : Pau de Saint-Martin, Margantin, Chatain.

Médecin-major de 2e classe de réserve — M. Fuzerot, médecin-major de 2e classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. le médecins-majors de 2e classe de l'armée active dont la démission a été acceptée : Jouet, Herr.

Médecin aide-major de 1re classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée : Gasser, Giorgi, Simonot.

Médecin aide-major de 2e classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine : Auscalet, Gesland, Cordebart, Bauzan, Borel, Demantke, Bois, Follet, Michel, Bonzon, Courtois, Babon, Chapard, Billiard, Cuenod, Aumont, Delanglade, Blois, Duplessis, Archambaud, Daclin, Ducloy, Boullenger, Bonnes, Daniel, Biard, Petit, Tallet, Guillaume, Juge, Fanton, Guenean, Penne, Guilbaud, Bonnaud, Azémar, Chazalon, Héron de Villefosse, Fleury, Ernoul, Carlet, Raoust, Auge, Gosselin, Gayet Chastanet, Clavey, Dehaine, Deriaud, Buyck, De Lorgeril, Delthil, Gravier, Vaissier, Boulogne, Briais, Bonnifay, Guérin, Baumgarten, Imbert, Savatier, Gerardin, Vadon, Latruffe, Blanchard, Cheynet Bernard, Dupeu, Deglaire, Bonvarlet, Dassonville, Auboin, Bary, Derocque, Dubois, Boucher, Blivet, Hahn, Cazal, Poulain, Bossart, Dupretz, Duclion, Breton, Cache, Crouzet, Vidal, Bourdicaud-Dumay, Jullien, Denys, Frère.

Les dangers du Jeu de Football et les Mères américaines. — Une protestation surprenante, étant donnée la personne dont elle émane, vient de s'élever contre la suppression du jeu de football en Géorgie. La propre mère du jeune Gammon, dont la mort, résultant des blessures qu'il avait reçues dans le match de football entre les Universités de Géorgie et de Virginie à Atlanta, avait provoqué cette mesure, regrette que la mort de son fils ait pu servir d'argument contre le développement de l'éducation athlétique dans l'université de Géorgie. La lettre que vient d'écrire dans ce sens Mme Gammon au Recteur de cette Université mérite d'être connue; elle peint sous un jour digne de l'antique les mères américaines :

« Vous feriez la plus grande faveur à la famille de Gammon, si par votre influence vous pouviez empêcher que sa mort ne servît d'argument préjudiciable à la cause des sports athlétiques et à leur progrès dans l'Université. Son affection pour son collège et l'intérêt qu'il prenait dans ces sports virils, en dehors desquels il jugeait impossible d'atteindre au type supérieur de l'humanité, est bien connue de ses camarades et de ses amis, et il serait indiciblement triste de voir cette cause qui lui était si chère frappée par son sacrifice. Permettez-moi donc d'exprimer la requête que la mort de mon fils ne puisse servir de prétexte pour combattre ce qui fut le plus cher objet de sa vie. »

Mme Gammon termine ce curieux plaidoyer en approuvant un écrit du Dr Herty, qui propose d'apporter, pour la sécurité des étudiants, quelques modifications à la manière dont on pratique ce sport en Amérique et en Angleterre, où les équipes de joueurs se livrent des luttes furieuses pour s'emparer du ballon. — Voilà des mères qu'on ne trouve qu'en Amérique. De telles femmes font de vrais hommes! (*Progrès Médical*).

L'hospice des Enfants assistés. — La transformation de l'hospice des Enfants assistés, réclamée et promise depuis longtemps, se poursuit progressivement.

Le pavillon dispensaire, annexé à la consultation de médecine, et auquel on a donné le nom de Pasteur, fonctionne depuis plusieurs semaines.

On va installer un lazaret dans les locaux occupés au premier étage par la lingerie.

Ce lazaret comprendra 18 chambres, séparées par des cloisons vitrées et contenant chacune quatre lits, ce qui donnera soixante-douze lits, sans compter un dortoir pour les infirmières. Ce lazaret permettra à M. Hutinel de pratiquer selon les besoins du service, l'isolement des jeunes gens et d'éviter les cas de contagion.

Dès que ces travaux seront achevés, on s'occupeaa de faire disparaître les masures qui contiennent les eaux grasses et les ordures, ainsi que les cabanes où sont enfermés les animaux servant aux expériences des laboratoires. Le projet de transformation de ces édicules, dressé par l'architecte de l'établissement, a été approuvé.

De plus, l'on espère que la direction de l'assistance publique fera procéder au ravalement du bâtiment central dont les murs, noircis et lézardés, donnent un aspect de tristesse à la cour de l'établissement. Enfin, pour 1900, l'éclairage électrique sera sans doute installé dans l'hospice.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

DEUX CAS DE TRAUMATISME OCULAIRE

Par le Dr KOPFF

Médecin-oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Les traumatismes du globe oculaire sont très fréquents, depuis les corps étrangers anodins de la cornée, dont l'action reste localisée, jusqu'aux contusions profondes et aux blessures plus ou moins pénétrantes qui peuvent compromettre, soit l'organe oculaire lui-même, soit la fonction visuelle. Il ne se passe pas de jours où l'on n'ait à observer des cas de traumatismes oculaires, soit légers, soit graves, et cette question est d'une importance capitale en ophtalmologie, où les moindres causes produisent des effets si considérables. On en a pour preuves la souffrance aiguë et parfois intolérable occasionnée par le corps étranger le plus ténu logé dans le cul-de-sac de la paupière supérieure, ou implanté même superficiellement dans la cornée. Des contusions ou des blessures qui seraient inoffensives sur d'autres régions, arrivent à compromettre irrémédiablement la vue ou à nécessiter des opérations sérieuses ou même l'ablation du globe oculaire.

Je viens d'avoir l'occasion d'observer deux cas de traumatismes de l'œil qui sont instructifs à ce point de vue et qui montrent les conséquences variables que peut avoir une blessure de l'œil, suivant les chances d'infection auxquelles elle expose. Ces deux observations sont probantes à cet égard : la première ayant permis la conservation de l'œil et de la fonction visuelle avec un traumatisme assez violent, et la deuxième ayant entraîné l'énucléation de l'œil avec une blessure en apparence légère, mais septique, ayant déterminé une infection oculaire profonde.

Première observation. — Mme X..., âgée de soixante-quatre ans, vient me consulter le 14 novembre 1897, à la suite d'un coup qu'elle venait de se donner à l'œil gauche. Cette dame a été opérée il y a seize ans d'une cataracte traumatique de l'œil droit, opération qui a laissé des fragments importants de capsule opaque qu'elle a négligés jusqu'ici puisqu'elle voyait bien de l'œil gauche. Or, c'est précisément son bon œil, l'œil gauche, qui vient d'être violemment contusionné. En se baissant pour ramasser un objet, l'œil a porté sur l'angle d'une commode. Elle a été de suite aveuglée, a ressenti une douleur aiguë qui n'a pas encore cessé et en présence de ces syptômes alarmants, accompagnés d'épanchement sanguin et de gonflement des paupières, on l'a conduite immédiatement chez moi à ma consultation.

Je constate en écartant les paupières : une ecchymose sous-conjonctivale bulbaire assez prononcée ; la pupille échancrée largement en haut et en dedans simule un colobome et le reflet pupillaire est rouge-noirâtre. A l'éclairage oblique et à l'ophtalmoscope, je constate une hémorragie assez abondante et épaisse du corps vitré ; les fibres de l'iris sont tiraillées du côté supéro-interne. Au-dessous de la paupière supérieure, en haute

en dedans de la cornée, près de la région ciliaire, on voit une tumeur sous-conjonctivale arrondie, mobile, ayant la forme et les dimensions de la lentille cristallinienne. La malade perçoit la lumière et dans tous les sens.

Je diagnostique : une luxuation complète sous-conjonctivale du cristallin, avec les symptômes classiques de cette lésion qui apparaissent nettement malgré les phénomènes irritatifs intenses : déchirure de l'iris, épanchement de sang dans le corps vitré, dilatation excessive et permanente de l'iris, tumeur sous-conjonctivale supéro-interne. Il s'agit, comme dans la plupart des cas de ce genre, d'une contusion oblique du globe de l'œil sur l'angle inféro-externe, ayant amené une rupture sclératicale au point diamétralement opposé, entre les muscles droits supérieur et interne, où l'épaisseur de la sclérotique est la plus faible; la conjonctive, par sa grande extensibilité, ayant résisté au choc. Par la plaie sclératicale s'est engagé l'iris, le cristallin et peut-être un peu de corps vitré.

J'institue de suite un traitement antiphlogistique énergique, après avoir préalablement pratiqué un grand lavage avec la solution d'oxycyanure de mercure à 1/1500. Pendant trois semaines je fis faire sept applications de sangsues; des instillations biquotidiennes d'un collyre à l'ésérine pour prévenir les phénomènes glaucomateux, favoriser la résorption des épanchements sanguins et diminuer la hernie de l'iris à travers la plaie sclératicale. L'occlusion et une légère compression complétèrent le traitement. Les douleurs cédèrent très rapidement, au bout de deux ou trois jours, et les accidents inflammatoires allèrent en diminuant de jour en jour, si bien qu'au bout d'une dizaine de jours, je pus éclairer un peu le fond de l'œil et, au bout de vingt jours, presque tout le sang extravasé se trouvait résorbé. Je constatai qu'il ne s'était produit aucune lésion, ni de la rétine, ni de la choroïde dans une autre région que celle correspondante à la plaie de la sclérotique. Du reste, dès les premiers jours après l'accident, j'avais déjà pu constater, à l'aide de deux sources lumineuses, l'intégrité du champ visuel. La vision revient peu à peu également au fur et à mesure que le sang se résorbe et finalement elle devient celle d'un œil privé de son cristallin.

L'hémorrhagie est complètement résorbée en cinq semaines à peu près et l'on n'aperçoit plus alors, dans l'intérieur de l'œil, que quelques débris capsulaires recroquevillés sur eux-mêmes, qui y sont demeurés sans être entraînés au dehors avec le cristallin; ce qui indique qu'il y a eu rupture de la capsule cristallinienne et que le cristallin luxé sans la capsule ou du moins avec la capsule incomplète et déchirée, a dû s'opacifier et subir une dégénérescence plus ou moins complète.

Nous étions à six semaines de l'accident; la plaie de la sclératicale était sûrement cicatrisée, puisqu'en général, cette cicatrisation se fait au bout des deux ou trois semaines; tous les phénomènes inflammatoires avaient disparu. C'était donc le moment favorable pour faire l'extraction du cristallin qu'il y a danger à laisser de la sorte dans cette position anormale, des complications sérieuses pouvant se produire inopinément.

Je pratiquai cette extraction le 12 janvier dernier, avec l'assistance du Dr Marieux, médecin de la famille, et de mon interne M. Viollet. Une incision de la conjonctive dans le grand axe de la tumeur me permit d'extraire par morceaux le cristallin ramolli. Avec la curette je fais un nettoyage complet de tous les débris corticaux et capsulaires, puis après un lavage, je suture la conjonctive. Après quatre jours, la cicatrisation était complète et dix jours après, je choisissais comme pour une opération de cataracte les verres correcteurs suivants qui donnent à la malade une acuité visuelle normale de loin et de près : pour la distance, cylindrique + 3 dioptries axe 120° (0 nasal) et sphérique + 10 dioptries; pour la vision de près, cylindrique + 3 axe 120° et sphérique + 16,

Réflexions. — Voici donc une malade dont le bon œil a subi un traumatisme violent et cet œil a néanmoins été conservé, organiquement et fonctionnellement et aujourd'hui, avec des verres, sa vision est rétablie. Les raisons de ces suites relativement bénignes succédant à un ébranlement violent, sont dues surtout à ce que la conjonctive, membrane extensible, a résisté à l'effraction et, demeurant intacte, a protégé la plaie scléroticale en la mettant à l'abri de toute infection.

Chez les sujets d'un certain âge, comme ma malade, la sclérotique n'a plus son élasticité normale, circonstance favorable à la rupture. Car cette rupture est à souhaiter dans des accidents de ce genre ; c'est elle qui sauve l'œil en constituant une véritable soupape de sûreté, sans laquelle l'œil éclaterait et se viderait.

De plus, si d'une part la conjonctive a mis l'œil blessé à l'abri d'une infection d'origine externe qui aurait été à craindre si la plaie avait été exposée au contact de la sécrétion du sac lacrymal, puisque je soignais depuis longtemps cette malade pour une dacryocystite ancienne ; d'autre part, il ne s'est fort heureusement pas produit d'infection d'origine interne ou d'endo-infection. Les travaux de Panas sur l'auto-infection ont bien établi qu'un œil blessé devient un terrain éminemment favorable au développement de microbes contenus dans le sang. Toutes les conditions, extérieures et personnelles, ont donc été favorables dans le cas de ma malade.

Le mécanisme de la luxation sous-conjonctivale a été très bien décrit par le docteur Vieusse, qui explique que cette lésion se produit lorsque le globe de l'œil est heurté par un choc considérable qui n'épuise pas toute sa force au point d'application, comme dans les simples contusions.

Le contenu liquide de l'œil est incompressible et enveloppé d'une membrane très peu extensible ; de plus, le globe oculaire est entouré d'un tissu adipeux qui lui forme une gangue élastique le protégeant d'une compression contre l'orbite. Il en résulte que la pression occasionnée par le choc est transmise uniformément dans toutes les directions et que le globe cède dans un point de son équateur opposé au point d'application. Le point de rupture n'est pas cependant diamétralement opposé au point du traumatisme ; car, au moment où le traumatisme se produit, le globe tourne sur lui-même, ce qui contribue encore à atténuer la violence du choc. Le mécanisme de la lésion est donc indirect et par contrecoup. Les chocs de ce genre portent toujours sur la partie inféro-externe, qui, par sa disposition, est la plus exposée.

La rupture de la sclératique a donc lieu de dedans en dehors et elle s'effectue dans la région opposée au choc et au point le moins résistant de cette région, en haut et en dedans. La rupture est plus ou moins étendue, suivant la violence du traumatisme. Quelquefois le cristallin reste engagé dans les lèvres de la plaie et la luxation est incomplète, ce qui est une circonstance défavorable. Les traumatismes directs d'avant en arrière ne produisent pas de ruptures, le choc étant amorti par le tissu cellulo-graisseux rétro-orbitaire. Les luxations sous-conjonctivales sont occasionnées par des corps contondants de dimensions plus petites que le pourtour de l'orbite, agissant obliquement sur la région externe de l'orbite la plus exposée. Aussi la luxation se produit-elle toujours dans la région supéro-interne.

Le pronostic est presque toujours favorable, malgré les hémorragies abondantes intra-oculaires et sous-conjonctivales dont on obtient la résorption avec un traitement antiphlogistique, énergique et approprié. Cette bénignité dans le pronostic est due à ces deux facteurs : tout d'abord l'absence d'infection, par suite de l'occlusion réalisée par l'intégrité de la conjonctivite, et ensuite la rupture de la sclérotique qui empêche un éclat plus complet et irrémédiable de l'œil.

Lorsque deux ou trois semaines se sont écoulées depuis l'accident, délai nécessaire pour la complète cicatrisation de la plaie scléroticale, et de plus, lorsque les phénomènes de réaction intense consécutifs à la blessure ont cédé sous l'influence d'une thérapeutique appropriée, on doit alors songer à extraire le cristallin de son enveloppe conjonctivale. On ne saurait l'y laisser sans inconvénients souvent graves, car il constitue dans les conditions anormales où il se trouve un corps étranger susceptible de faire éclater des complications souvent graves. L'intervention est donc imposée lorsque toute inflammation a cessé et lorsque toute hémorragie est résorbée. Quelquefois les accidents inflammatoires se prolongent au delà des délais et paraissent alors entretenus par la présence du cristallin. Dans ces cas il faut l'extraire sans attendre.

En résumé, chez ma malade, le traumatisme a été violent et a occasionné des symptômes inflammatoires intenses et des hémorragies abondantes.

Fort heureusement, la sclérotique s'est rompue et dans une étendue suffisante pour livrer passage au cristallin. Une fois déplacé, le cristallin a servi à obturer la plaie de la sclérotique et à s'opposer à l'issue du corps vitré, c'est-à-dire à ce que l'œil se vide.

Enfin, la conjonctive est restée intacte, l'état général était et est resté bon. Dans ces conditions favorables, on n'a pas eu à redouter d'infection et il s'est agi d'une plaie à l'abri du contact de l'air, qui s'est cicatrisée sans complications; la luxation étant complète, la cicatrisation n'a pas été entravée dans sa marche régulière et finalement la fonction visuelle a été conservée. C'est donc un accident grave et bénin tout à la fois.

Il n'en est plus de même, comme dans ma deuxième malade, lorsqu'au lieu de se produire de dedans en dehors, en dessous de la conjonctive protectrice, la blessure se produit de dehors en dedans par la conjonctive, c'est-à-dire à l'air libre, exposant l'œil aux chances d'infection.

Deuxième observation. — Mme X... âgée de 38 ans, vient me consulter le 29 janvier dernier à mon service de l'hôpital Saint-Joseph. Voici son histoire : le 27 décembre 1897, en cassant du bois, en province où elle habitait, elle en reçut un fragment sur l'œil droit. Que s'est-il passé à ce moment? je ne peux le savoir exactement, la malade ne fournissant que des renseignements très vagues et aussi peu précis que possible. Tout ce qu'elle peut dire, c'est qu'on lui a fait appliquer sur l'œil des compresses boriquées et qu'on lui a instillé des gouttes d'un collyre. Huit jours après l'accident, les douleurs, qui étaient légères, se sont exaspérées et se sont accompagnées d'élancements avec irradiations dans le front. Ces douleurs sont allées en augmentant, s'étendant à tout le côté droit de la tête, et sont devenues intolérables, au point que la malade ne pouvait plus dormir. C'est alors qu'on la fit venir à Paris pour la conduire à ma consultation de l'hôpital Saint-Joseph, le 29 janvier.

Je constatai que la cornée et la région ciliaire avait été blessées dans une large étendue, par une cicatrice linéaire s'étendant transversalement sur toute la cornée et sur toute la région ciliaire interne. L'œil était atrophié, la cornée opacifiée, la chambre antérieure réduite à presque rien, l'iris décoloré. Dans la chambre antérieure et à travers l'espace pupillaire on aperçoit des exsudations blanchâtres épaisses indiquant qu'une infection s'est produite dans la plaie, probablement par le fait du corps vulnérant lui-même, qu'il y a eu une irido-cyclite plastique suppurative. Les exsudats se sont rétractés et ont entraîné l'atrophie du globe. Actuellement, l'œil est tellement douloureux que la pression la plus douce exercée par le doigt à travers les paupières provoque des souffrances atroces.

Nous sommes en présence d'une irido-cyclite suppurative d'origine traumatique, consécutive à une large blessure ayant intéressé la cornée et le cercle ciliaire et provoquée par un corps vulnérant septique.

La malade souffre beaucoup et de plus elle n'a pas conservé de souvenirs bien précis sur la façon dont l'accident a eu lieu, sur la thérapeutique employée, sur les renseignements qu'a pu fournir le médecin. Elle ne sait rien et ne peut rien nous dire, pas même la grosseur probable du morceau de bois qui l'a blessée. Donc, absence complète de détails et surtout impossibilité de savoir si le fragment de bois a pénétré dans l'œil, ou bien s'il n'a fait que le blesser sans y demeurer. Il est difficile de se prononcer à ce sujet et du reste, la question ne présente qu'un intérêt étiologique, car l'œil est atrophié et perdu. Les présomptions sont, d'après les commémoratifs, pour la non pénétration du corps vulnérant; car le morceau de bois devait être assez volumineux pour blesser la cornée par éclat sur une aussi grande étendue. Dès lors, s'il avait pénétré, on pourrait constater sa présence en raison de son volume. Et d'autre part, un éclat plus ou moins fin de bois, doué d'une force de projection assez grande pour perforer la cornée n'aurait pas produit une blessure longitudinale de ce genre, mais seulement une plaie circulaire. Il est donc plus que probable que le corps vulnérant n'a pas pénétré dans l'œil; c'est du reste ce qu'a démontré l'autopsie de l'œil énucléé. L'infection s'est faite par le morceau de bois, probablement sale et porteur de germes qui ont infecté la plaie et la région ciliaire éminemment favorable à l'extension de l'infection.

Toujours est-il que cet œil atteint d'irido-cyclite suppurative devient un danger pour l'œil gauche encore indemne et qu'il faut en pratiquer l'énucléation pour prévenir le développement d'une ophtalmie sympathique. La malade et son entourage ne se décident pas de suite à cette opération et pour ne pas rester inactif pendant leurs hésitations, je pratique à 5 ou 6 jours d'intervalle trois injections intra-oculaires de 4 à 5 gouttes de sublimé au millième, injections suivies chaque fois d'applications de fines pointes thermo-cautère sur la région ciliaire et sur les lèvres de la plaie cornéenne. Ce traitement provisoire produit chaque fois une atténuation des douleurs et une légère diminution de la plasticité des exsudats purulents intra-oculaires. Mais cette amélioration n'est que de courte durée et les phénomènes douloureux reviennent au bout de trois ou quatre jours comme avant. Après la troisième intervention de ce genre, la malade étant enfin décidée, je pratique, le 22 février, l'énucléation, avec l'aide de M. Violet, interne du service. Les suites de l'opération furent normales et bénignes et la cicatrisation était complète huit jours après. Au bout de vingt jours, la malade retournait dans son pays, porteur d'un œil artificiel parfaitement toléré.

L'autopsie de l'œil durci à la gomme nous a permis de constater qu'il n'existait aucun corps étranger dans l'intérieur de l'œil, ni dans l'iris, ni dans le corps vitré. La choroïde et la sclérotique étaient restées intactes et un large magma plastique purulent très dense remplissait l'œil tout entier : chambres antérieure et postérieure, corps vitré, enveloppant le cristallin. La cornée, l'iris et les procès ciliaires étaient infiltrés de pus.

Il m'a paru intéressant de rapporter l'observation de ces deux cas qui se sont présentés à peu près en même temps à mon examen.

Ils ont eu des conséquences différentes; le premier avec un traumatisme considérable a permis la conservation non seulement de l'organe, mais aussi de la fonction visuelle et l'autre avec un traumatisme moins violent primitivement et comme ébranlement a entraîné la perte et la disparition de l'organe.

Dans le premier cas : effraction de l'œil, avec issue d'une partie de son contenu : iris, cristallin et un peu de corps vitré; mais tout cela se passant sous la conjonctive intacte, qui joue un double rôle, d'obturation d'abord, en s'opposant à l'issue du contenu de l'œil et ensuite et surtout de protection contre les germes infectieux.

Dans le second cas au contraire : ébranlement bien moins considérable de l'œil avec plaie simple de la cornée: mais porte ouverte aux germes et infection secondaire de l'œil.

Ces deux observations juxtaposées montrent qu'en dehors des traumatismes qui par leur violence excessive occasionnent la perte immédiate de l'œil par broiement, écrasement, éclat, l'infection constitue le facteur important de la gravité des blessures oculaires. Les traumatismes en apparence graves par les désordres qu'ils provoquent, guérissent d'une façon qui surprend, lorsque l'infection n'intervient pas. Aussi, jamais l'indication d'antiseptiser rigoureusement une plaie, n'a-t-elle été aussi urgente et capitale que dans la plaie de l'œil. La désinfection et l'antisepsie devront donc être la préoccupation immédiate du chirurgien et son objectif constant pendant la période de cicatrisation. En nettoyant et en désinfectant soigneusement la plaie par des lavages, si l'on est appelé peu de temps après la blessure, on la débarrasse des germes infectieux qu'elle peut contenir et l'on évite l'infection primitive. En maintenant l'effet de cette première désinfection par l'occlusion et des pansements appropriés, la plaie aseptique, on rendue aseptique, ne s'infecte par secondairement et l'on évite la perte de l'œil.

Plus tard, si besoin est pour le rétablissement fonctionnel intégral ou partiel, un œil ainsi préservé de l'infection pourra être sans danger l'objet d'une intervention spéciale, (iridectomie, extraction du cristallin cataracté...), surtout lorsque tout phénomène inflammatoire sera apaisé, c'est-à-dire après un intervalle assez long, de plusieurs mois autant que possible, afin de ne pas réveiller le processus phlegmasique.

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE

ET

Son action chimique, physiologique et thérapeutique

Par le Dr G. Richard d'Aulnay

Ancien interne de St-Lazare.

(*Suite*)

Le liquide amniotique chez un certain nombre de femmes enceintes soumises au bleu de méthylène se trouve coloré en bleu. D'aprés Strassmann et Walter, qui ont administré le bleu chez des femmes grosses et en travail (injection hypodermique faite de 3 minutes à 25 heures avant l'accouchement) la coloration bleue se retrouve non seulement dans les urines et les vomissements de la mère, mais aussi dans l'enduit caséeux, le liquide amniotique et même l'urine de l'enfant une heure et demie après l'administration à la femme. Sicard et Mercier, qui ont repris dernièrement ces recherches, dans les mêmes conditions, n'ont jamais rencontré de bleu dans le liquide amniotique; ils en concluent que l'amnios, au moins dans les derniers temps de la vie fœtale, ne reçoit pas les produits d'excrétion de la vessie du fœtus. Par contre, ils insistent sur le passage du bleu dans

l'urine de l'enfant *in utero*, et, en reconnaissant ce passage transplacentaire, ils proposent d'user de ce procédé pour connaître et apprécier la perméabilité du placenta.

D'après Boinet et Trintignan, la vision deviendrait colorée en bleu : il y aurait donc du bleu dans l'humeur vitrée. Jusqu'à présent, on n'a rien vu de semblable, et, pour notre part, dans les centaines de cas que nous avons suivis, jamais pareille chromatopsie ne s'est produite.

En plus des deux modes d'élimination du bleu connus : les voies urinaires et les voies digestives, certains auteurs prétendent qu'ils ont vu, de temps en temps, le bleu s'éliminer par la salive et le lait. Pour ce dernier, Sicard et Mercier n'ont pu retrouver le bleu soit en nature, soit à l'état chromogène dans le lait des nourrices, pas plus que dans l'urine de leurs nourrissons. Enfin le bleu ne colore jamais ni la peau, ni les sclérotiques, ni la salive, ni les sueurs, ni le mucus nasal, ni le sperme, quoique l'aient bien voulu dire certains auteurs.

Le bleu de méthylène pris en médication interne ne peut avoir aucune influence de coloration sur les éléments pileux ni sur la barbe. Les cas de coloration bleutée de la barbe rencontrés au cours de l'administration de ce médicament ne sont dus qu'à un manque de précaution et de propreté du malade, qui se macule les mains avec son urine et qui les porte ensuite à sa barbe et sur ses cheveux. Ce fait peut s'observer chez les sujets à barbe blanche.

I. — Lorsque le bleu de méthylène est donné à dose toxique par ingestion ou injection. — D'après les expériences faites sur des chiens par Combemale et François, la dose toxique est de 0,50 cent. de bleu par kilogr. de poids du corps. A cette dose, les signes objectifs de l'intoxication ont une importance considérable : vomissements bleutés avec matières glaireuses et alimentaires, diarrhée teintée en bleu, cephalalgie intense, diminution de la sensibilité, abaissement du volume quotidien des urines, abattement intellectuel, prostration musculaire, troubles respiratoires, dyspnée, respiration de Cheyne-Stockes et apnée. A la nécropsie : cœur flasque décoloré; poumons légèrement atelectasiés, foie gorgé de sang couleur chocolat; voies biliaires remplies de bile bleue, cardia et pilore également teintés ; intestin grêle très coloré, rectum teinté ; le sang donne au spectroscope les raies de la méthémoglobine.

II. — Lorsque le bleu est donné à petites doses, il n'irrite pas l'estomac, ni l'intestin, ni la vessie, et les produits excrémentitiels de ces organes ne se ressentent que de la couleur. Les matières fécales sont quelque peu colorées, et l'urine peut aller du vert clair au bleu le plus foncé, suivant la quantité de bleu ingérée. C'est, d'ailleurs, par l'urine que le bleu de méthylène s'élimine le plus facilement. Aussi est-il bon d'indiquer ici les diverses phases du passage de cette urine avec ses caractères.

A. — Une demi heure après l'absorption de 0,25 centigrammes du médicament, l'urine devient d'un vert clair ; deux heures après, d'un bleu verdâtre ; et quatre heures après, d'un bleu foncé. Huit heures après, la coloration décroît sensiblement, et l'élimination progressive se continue pendant trente-six ou quarante-huit heures.

B. — Mais il n'en va pas toujours de la sorte. Le passage du bleu de méthylène à travers les reins ou l'économie peut être retardé (une, deux, trois, quatre, huit heures même) et la coloration plus ou moins intense des urines peut persister plus ou moins longtemps (72-96-120 heures). Ces deux anomalies seraient, suivant certains auteurs, sous la dépendance de la perméabilité plus ou moins grande des reins. Telle n'est point notre opinion, comme on le verra plus loin.

Bref, la durée du temps d'élimination est donc des plus variables ; et la coloration plus ou moins foncée, semble indiquer que la quantité du bleu éliminé n'est pas constante et qu'elle est en rapport avec divers facteurs.

C. — De plus, alors même que le corps chimique passe dans la circulation, le rein, et les urines, la teinte bleue peut fort bien, elle, ne point apparaître du tout dans ces dernières. Les urines, dans ce cas, conservent leur couleur jaunâtre normale. L'on a la preuve de ce fait dans la recherche chimique du bleu dans l'urine d'un sujet soumis à ce médicament et dans sa révélation expérimentale par l'un des divers moyens suivants : ébullition de l'urine et addition d'acide acétique ; addition de chloroforme, intervention d'un courant d'oxygène ; addition d'eau oxygénée à 12 volumes. C'est donc que le bleu est décoloré puisqu'on peut le faire apparaître sous certaines conditions.

D. — Bien plus, la décoloration du bleu de méthylène dans les urines peut être intermittente et peut alors s'effectuer : 1° soit dès les premières heures de la prise du médicament ; 2° soit lorsque l'urine a déjà revêtu la teinte bleue ; 3° soit encore vers la fin de l'élimination du bleu par l'urine (1).

A quoi peut-on attribuer ces différences ? On ne le sait encore. Ceux qui ont étudié, les premiers, la question ont prétendu que ces arrêts et ces retards d'élimination apparente de bleu se rattachaient à la survenance de troubles plus ou moins passagers dans la perméabilité rénale. D'autres ont considéré que le bleu de méthylène éprouvait sous l'action bio-chimique de l'organisme une transformation et qu'il se dédoublait en deux corps dérivés : l'un coloré, le bleu ; l'autre incolore, le chromogène. Tel n'est point notre avis. Le bleu de méthylène est un corps chimique unique, défini, indivisible, passant généralement avec sa coloration dans les urines, mais aussi pouvant « se décolorer » probablement sous l'action de certains produits ou déchets organiques. Le bleu subit sans doute l'action de certains agents réducteurs, et la coloration se trouve être plus ou moins réduite. Cette réduction de coloration a lieu, dans tous les cas, avec une différence de plus et de moins, car, alors même que l'urine charrie des parcelles colorées on peut toujours en trouver simultanément de décolorées. La décoloration n'est pas toujours totale, elle est souvent partielle, et c'est ce qui fait qu'on ne s'aperçoit point toujours de cette particularité. En tout cas, ce manque de passage de bleu dans les urines n'est qu'apparent, car on peut, par les moyens indiqués plus haut, influencer l'urine et lui faire acquérir une teinte plus ou moins bleuâtre.

D'après les remarques que nous avons faites au cours de nos expérimentations de ce corps (2), la décoloration du bleu de méthylène s'effectue particulièrement chez les personnes dont les urines sont épaisses, sentent fort et se décomposent rapidement, chez les personnes qui fatiguent beaucoup, chez les malades en général, chez les fébricitants surtout, et quelque peu chez les chroniques. Il va sans dire, pour que la décoloration puisse s'effectuer,

(1) C'est ce qui faisait dire à Wittaker en 1893 qu'il arrivait quelquefois que les urines étant redevennes normales, elles reprenaient une teinte bleue quelque jours plus tard pour se décolorer finalement. L'explication qu'il donnait de cette remarque était la suivante : le bleu de méthylène était resté cantonné dans un département du rein non perméable et n'était éliminé que le jour ou cette portion de la glande recommençait à fonctionner. Il émettait l'avis qu'on pourrait peut être tirer parti de ce fait en clinique et reconnaitre ainsi une lésion rénale restée ignorée jusque là. Tout en partant d'un principe faux, Wittaker indiquait, le premier, la méthode de recherches de la perméabi-
[illegible] nt nous, d'être rigoureusement exacte.

(2) Souvent lorsque l'urine est alcaline le bleu de méthylène se trouve être décoloré.

que la proportion ou la dose du bleu soit en rapport avec la quantité des éléments décolorants, et que surtout la quantité de bleu administrée ne dépasse point la masse des déchets organiques neutralisant l'action colorante. Nous avions eu cette conception de la décoloration du bleu par les déchets organiques dès l'année 1893, époque à laquelle nous avions déjà remarqué que, durant le jour, certains sujets fort actifs ou se fatiguant rapidement, soumis au bleu de méthylène, présentaient des urines incolores, alors que, sans nouvelle prise de bleu, ils avaient, à l'entrée et durant toute la nuit, et à mieux dire, au moment où ils prenaient quelque repos, des urines du plus beau bleu, et qu'au lendemain matin, aux premières heures de la journée, la décoloration redevenait peu à peu complète.

La quantité d'urine des sujets soumis au bleu de méthylène est augmentée au début de la médication, elle revient ensuite au même niveau, mais elle est néanmoins quelque peu au-dessus de la moyenne. L'urine du sujet soumis au bleu est fluide, ne contient pour ainsi dire aucun élément organique ou très peu de déchets en suspension, ne dégage aucune odeur, et le peu de pus qu'elle peut contenir, se trouve être coagulé. Enfin, cette urine ne contient, ni cylindre, ni albumine.

Cette diurèse est fortement accrue dans les néphrites chroniques, elle se manifeste au bout de 24 ou 48 heures, elle atteint son maximum 12 à 24 heures après sa constatation et elle se continue quelques jours, tout en décroissant. Cette augmentation de diurèse va jusqu'à doubler et tripler la quantité ordinaire des urines. Cette hyperactivité rénale se rencontre de la sorte chez les saturnins, les brightiques, les tuberculeux albuminuriques, etc. Par contre chez les cardiaques, on ne constate point de modification quantitative d'urine. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que dans les nephrites aiguës on voit diminuer la sécrétion urinaire.

Le bleu de méthylène ne se dissout pas complètement dans l'urine, il s'y trouve pour ainsi dire en suspension sous forme de particules très ténues. On a la preuve de cette remarque, lorsqu'on filtre une urine chargée de bleu; le papier filtre retient une grande partie de ces nombreuses parcelles colorées qui donnent la teinte à ces urines. De plus, si on laisse reposer l'urine, on voit le bleu, soit se condenser au fond du vase en stries irrégulières, soit former une couche bleuâtre uniforme sur les parois du vase et à la surface du liquide, tandis que le reste de l'urine devient plus clair. Par agitation, les parcelles se mêlent de nouveau à la masse, et, la teinte redevient uniforme. On peut arriver par des filtrages successifs, soit sur papier filtre, soit sur ouate hydrophile ou sur porcelaine poreuse, à priver l'urine la plus bleue de toute coloration. Il existe par contre un dépôt des plus nets sur le filtre. Mais même dans ces conditions, l'urine claire et incolore, résultant de filtrages successifs conserve encore de nombreuses particules décolorées.

Leur présence peut être mise en évidence par l'ébullition de cette urine et par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique. Enfin, à côté des parcelles, qui donnent la teinte bleue aux urines, se trouvent concomittament des parcelles décolorées, pour les raisons énoncées plus haut. Ces parcelles décolorées peuvent reprendre en partie, au contact de l'air, et dans les conditions données, leur teinte primitive.

IV. — APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Le bleu de méthylène peut être employé de deux façons : 1° Comme moyen d'investigation. 2° Comme agent thérapeutique.

1° — COMME METHODE D'INVESTIGATION. I. Méthode externe. — Le bleu en solution peut être utilisé, au moyen d'une seringue, soit pour la recherche des fistules à ori-

fices externes, de façon à pouvoir apprécier l'existence de communications avec des organes profonds (fistule recto-vaginale), soit pour être fixé sur la perméabilité d'un conduit physiologique plus ou moins obstrué, etc.

II. — MÉDICATION INTERNE. — A. *Service rendu à la thérapeutique.* — L'adjonction de bleu de méthylène à d'autres médicaments rend de grand services lorsqu'il est utile de se rendre compte si les médicaments sont bien ingérés (malades récalcitrants, insouciants), ou lorsqu'il est bon de dépister les simulateurs (pilules de mercure chez les prostituées et les prisonniers). B. — *Service rendu à la chirurgie.* — Le bleu de méthylène donné l'intérieur passe, comme on sait, dans l'estomac et les intestins en en colorant les parois et le bol alimentaire, et de là dans les voies urinaires, où les urines se colorent en bleu plus ou moins foncé. Aussi une solution de continuité située sur un de ces organes permettra au bleu de se montrer par l'orifice de fortune et de dévoiler ainsi les rapports de ces viscères profonds avec les téguments superficiels. Les fistules gastro-abdominales, pyo-stercorales de l'abdomen, néphro-lombaires peuvent être reconnues et affirmées après l'ingestion de 0,50 cent. de bleu. Bien plus, à l'aide du cathétérisme de l'uretère combiné avec l'ingestion de bleu, on peut comme l'a fait par deux fois Schwartz, diagnostiquer une lésion rénale d'un des reins (hydronéphrose, par exemple). — C. *Service rendu à l'obstétrique.* — Chez les nouveaux-nés dont on peut craindre l'absence de perméabilité intestinale ou vésicale (imperforation des voies intestinales et vésicales), on peut encore employer par ingestion une solution étendue de bleu. — D. *Service rendu à la clinique médicale.* — L'emploi du bleu de méthylène peut servir de procédé d'investigation pour assurer le diagnostic de l'uréthrite postérieure, procédé d'investigation se basant sur la coloration bleutée des filaments de l'urèthre antérieur. Pour ce, on lave l'urèthre antérieur à l'eau boriquée, puis on injecte une seringuée de solution de bleu au 1/400, que l'on retient pendant 5 minutes dans le canal, et enfin on lave à l'eau boriquée jusqu'à ce que le liquide revienne incolore. Le malade urine alors dans un verre. Les filaments sont colorés : uréthrite antérieure ; les filaments sont incolores : uréthrite postérieure. — Enfin, comme nous l'avons vu déjà, le bleu de méthylène peut aider au diagnostic clinique du diabète (Voisin), à la recherche et au dosage du sucre de l'urine et du sang chez les diabétiques, et enfin peut partiellement, permettre d'apprécier le degré de la perméabilité rénale.

En mai 1897, Achard et Castaigne, dans une communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux où ils commençaient par rappeler que l'élimination de certaines substances par l'urine se trouve entravée quand les reins sont malades, proposèrent le bleu de méthylène, substance soluble extrêmement diffusible en injections hypodermiques, à 0,05 centigrammes, comme le meilleur moyen de contrôle pour apprécier le degré de perméabilité du ou des reins, et pour en tirer parti dans le diagnostic des néphrites. Le choix de la voie hypodermique fut arrêté pour pouvoir écarter toute une série de causes d'erreurs résultant des variations d'absorption créées par l'état de la muqueuse gastro-intestinale, et les avantages du bleu sur les autres médicaments employés en pareil cas (iodure, salicylate) — l'innocuité complète; pas d'action thérapeutique, la couleur appréciable, la visibilité sans secours de réactif, la faculté de continuer le traitement en cours, l'élimination assez lente pour permettre certaines appréciations, — militèrent en faveur de cette application.

Pour ce faire, les auteurs recommandaient de faire vider la vessie avant la piqûre, puis une fois celle-ci évacuée, de recueillir les urines du sujet en expérience à intervalles fixes : au bout d'une demi-heure, d'une heure, de deux heures, de trois heures, etc.

La coloration varie toujours, comme nous l'avons vu, avec la quantité de bleu éliminé. « Mais il arrive parfois aussi que celle-ci est si faible que l'urine conserve sa cou-

leur normale. Il importe cependant de s'assurer que le bleu a commencé à traverser le rein. C'est ce que l'on peut faire avec précision pour les moindres traces en traitant l'urine par le chloroforme et en faisant ensuite évaporer celui-ci. Le bleu se dépose sur les parois du vase ou de la capsule et devient ainsi apparent ». C'est là la recherche qualitative du colorant. Elle suffit dans la majorité des cas, car les expériences ont montré que le point capital résidait moins dans la quantité de bleu excrétée en un temps donné, que dans le temps qui s'écoule entre l'absorption et le commencement de l'élimination.

Par leurs expériences contradictoires, ils arrivèrent à faire le tableau suivant : chez les sujets sains, le bleu apparaît au bout d'une demi-heure, atteint son maximum à la troisième heure et disparaît dans un délai de 35 à 50 heures; au contraire, chez les sujets à reins malades ou obstrués, suivant le degré d'obstruction le bleu peut, 1° subir un retard considérable d'apparition ; 2° ou ne point paraître du tout ; 3° ou subir une prolongation d'élimination (six à huit jours).

Cette épreuve du bleu indique la valeur physiologique ou fonctionnelle des éléments rénaux et non l'état anatomique de ces éléments : elle montre qu'il y a un « obstacle permanent ou passager » dans l'élimination rénale, mais elle ne peut permettre de faire le diagnostic pas plus que d'en limiter l'étendue. D'ailleurs, les divergences d'élimination (retard d'apparition, manque d'apparition, retard d'élimination du bleu) que l'on peut constater chez les malades atteints d'affections rénales aiguës, nous font un devoir de ne nous appuyer, en aucun cas, sur une seule expérience et de la renouveler de temps en temps, car on peut avoir affaire à un état transitoire, simple trouble fonctionnel au cours d'une affection aiguë, ou première étape d'une lésion rénale en voie d'évolution.

Enfin, l'épreuve du bleu permet de discerner « les lésions rénales sans albuminurie et les albuminuries sans lésions rénales » (1). Elle paraît aussi convenir pour «dépister les néphrites latentes, sans albuminurie et sans symptômes fonctionnels, néphrites qui resteraient le plus souvent méconnues. »

L'épreuve du bleu trouve encore son utilité pour la présomption de la tolérance d'un sujet à certains médicaments. On explique alors par un trouble des fonctions rénales « non pas la totalité, mais une partie » des accidents d'intolérance médicamenteuse. (Salicylate de soude chez les rhumatisants, antipyrine chez les nerveux, mercure chez les syphilitiques). A ce propos, nous ne saurions trop mettre en garde d'oublier qu'il existe chez les différents sujets une idiosyncrasie spéciale d'intolérance pour tel et tel médicament, intolérance qui n'a rien à voir avec la perméabilité rénale.

A propos de cette communication, 8 jours après, Voisin et Hauser, publiaient un article où ils montraient que le bleu passe à travers les reins sous deux formes : à l'état de liberté (urine bleue) et à l'état d'un composé incolore (urine en apparence normale), composé susceptible d'être régénéré et coloré par l'ébullition en milieu acide ou par la présence de chloroforme, que, de plus, l'élimination du bleu de méthylène est en certains cas la tente, et que l'élimination du bleu peut se faire au sein d'une urine incolore sous la forme de parcelles décolorées de bleu.

Achard et Castaigne reprirent l'étude du bleu en s'appesantissant sur les remarques de Voisin et Hauser et particulièrement sur le corps incolore qu'ils baptisèrent à tort, étymologiquement, de « corps chromogène », et en firent un corps défini parce qu'il est

(1) Il faut avoir présent à l'esprit que l'albuminurie n'est nullement proportionnelle au degré et à l'étendue de la lésion rénale et que le trouble le plus grave qui puisse affecter les fonctions des reins, l'imperméabilité peut survivre à la disparition même complète et prolongée de l'albumine de l'urine.

insoluble dans le chloroforme et qu'il peut être transformé en bleu sous l'influence de la chaleur et de l'acide acétique. Puis ils étudièrent comparativement l'élimination du bleu et de ce chromogène; ils en arrivèrent alors à conclure que tantôt les 2 substances peuvent apparaître simultanément dans l'urine au bout d'une heure, que dans d'autres cas le chromogène peut apparaître le premier, et que dans d'autres, il y avait retard à la fois pour le chromogène et le bleu. C'est ce qu'ils appelèrent « l'élimination dissociée »

Plus tard, Voisin et Hauser en examinant la perméabilité rénale chez les épileptiques pendant et après les paroxysmes arrivèrent à dire que : 1° dans l'intervalle des crises, « l'élimination apparente » (coloration bleutée), commence à la première heure, devient maxima vers la troisième et se prolonge jusqu'à la cinquième ; « l'élimination réelle » reste parallèle à l'émination apparente ; 2° pendant la crise, que « l'élimination apparente » ne commence qu'à la douzième heure et se prolonge fort longtemps, tandis que « l'élimination réelle » se fait comme dans l'intervalle des crises. Il y a donc une certaine relation entre l'abaissement de la toxicité urinaire, l'albuminurie paroxystique et l'élimination réelle.

Bard (de Lyon) essaya ensuite le bleu dans le but de vérifier sa conception de l'influence exercée par les maladies du rein sur l'élimination urinaire, c'est-à-dire qu'à côté du défaut d'épuration, de la rétention par diminution de la perméabilité qui engendre l'urémie, il faut faire place à l'excès de perméabilité, qui crée une dyscrasie par déperdition, le filtre urinaire étant susceptible de s'altérer par rupture aussi bien que par obstruction. La néphrite épithéliale produit le premier type, la néphrite interstitielle crée le second. Les expériences de Bard confirmèrent sa conception : il constata un « excès de perméabilté » rénale au bleu dans les néphrites épithéliales et une diminution et un retard de perméabilité en même temps qu'une variabilité de l'élimination du bleu dans les néphrites interstitielles.

D'après Lépine, cet excès de perméabilité rénale dans les néphrites épithéliales peut s'expliquer par un défaut de résorption d'une petite partie du bleu par les cellules des tubes contournés qui ont le pouvoir de résorber les substances excrémentitielles. Le filtre n'est pas plus perméable, il est simplement moins électif.

En janvier 1898, Achard et Castaigne montrèrent que le rein cardiaque laisse passer le bleu, que la quantité d'urine dépend des conditions circulatoires et que la qualité est sous l'influence de la perméabilité rénale.

Puis Jules Pérès, répétant tout ce qui a été dit à ce sujet, conclut avec une grande modération que nous approuvons, que la perméabilité rénale peut être troublée dans toutes les affections du rein, que l'apparition du bleu plus ou moins tardive dans les urines (le chromogène n'ayant aucune valeur séméiologique) permet de déceler les néphropathies ignorées et de suivre la marche des affections aiguës, que dans les néphrites épithéliales il y a excès de perméabilité, que dans les néphrites chroniques (nephro-scléroses, néphrites diffuses, rein amyloïde), la perméabilité est diminuée, retardée, et enfin que dans les cas d'albuminurie abondante l'élimination régulière fera penser à une lésion limitée du rein (infection, thrombose, caverne tuberculeuse, tuberculose miliaire).

Avant de terminer, nous nous permettrons de faire une critique légère au procédé de recherche de perméabilité rénale à l'aide du bleu de méthylène. Si le bleu peut se décolorer plus ou moins dans l'organisme sous une influence réductrice, il peut alors passer à travers le rein à l'état de composé méthylénique décoloré, puis quelques heures après que cette action réductrice aura cessé, passer alors en nature, à l'état de bleu, et finalement, par ce retard apparent, faire croire à une lésion ou à un trouble rénal sans albuminurie. Aussi ne saurions-nous trop recommander de rechercher dans toutes les urines éprouvées

le composé méthylénique décoloré, le blanc de méthylène, comme l'appellent à tort quelques auteurs.

Enfin, il sera bon encore, à notre avis, de ne point s'en tenir à une seule recherche de soit-disant perméabilité, il faudra renouveler à différentes reprises les tentatives(1). D'abord au premier essai, on peut constater un retard d'élimination, et par conséquent de perméabilité, retard passager qui disparaitra forcément avec l'obstacle passager, puis, il peut exister, de par des troubles fonctionnels passagers et variables avec différentes causes méconnues, des périodes de perméabilité normale, intercalées de périodes d'élimination retardée, etc.

Enfin, Deriaud dans sa thèse en reprenant la question de la perméabilité, conclut que, lorsqu'il n'y a retard ni pour le « corps chromogène », ni pour le bleu, on doit conclure à l'absence de lésions rénales, lorsqu'il y a retard pour le chromogêne et pour le bleu, il faut conclure à des lésions anciennes et probablement irréductibles, et que lorsqu'il y a retard seulement pour le bleu et que le chromogène passe dès la première heure, on doit conclure que des lésions ou des troubles fonctionnels existent mais que ces troubles ou ces lésions ne sont pas établis d'une façon définitive.

2° COMME AGENT THERAPEUTIQUE. — Le bleu de méthylène paraît, quand on lit tout ce qui a été publié sur ce corps, avoir rendu : 1° soit sous forme de médication interne, 2° soit sous forme de médication externe, de grands services à la thérapeutique.

I. MÉDICATION INTERNE. — A. Affections microbiennes. — *Impaludisme.* C'est Ehrlich et Lippmann qui, après avoir constaté que le bleu de méthylène colorait les hématozoaires de la malaria, étudièrent son action thérapeutique dans les fièvres paludéennes. Ils arrivèrent ainsi avec des doses de 0,50 cent. à 1 gr. par jour en capsules gélatineuses de 25 cent. chaque, à juguler les accès palustres et à en prévenir le retour. A cette étude thérapeutique, ils ajoutèrent quelques remarques générales de physiologie, en particulier sur la propriété de produire l'analgésie lorsque la dose est quelque peu élevée, et sur la nocuité de son administration lorsqu'il est donné en proportion raisonnable. Le bleu de méthylène n'exerce aucune action sur l'appétit, la digestion, le nombre de pulsations et l'état des forces du malade.— Guttmann qui avait été aussi un des premiers à étudier ce dérivé des anilines l'a donné dans les maladies infectieuses à la dose quotidienne de 1 gr. par fraction de 0,50 cent., continuée durant un mois. D'après lui, le bleu de méthylène n'a aucun inconvénient si ce n'est de causer un peu de ténesme vésical, chose que l'on peut d'ailleurs éviter avec de la poudre de muscade. — Boinet et Trintignan, après avoir constaté sur l'un d'eux l'action bienfaisante de ce réactif alors qu'il subissait des accès de fièvre intermittente contractée aux Indes, se mirent à l'ordonner dans les cas semblables sous forme de pilules, à la dose de 0,50 cent.

En Amérique, Thayer depuis six ans, administre à l'intérieur le bleu de méthylène à tous ses paludiques à la période aiguë ou chronique. Il fait prendre chaque jour à ses malades une dose de 0,06 centigr. de bleu, et en continue l'usage dix à quinze jours après

(1) La perméabilité rénale peut être altérée d'une façon passagère, sans lésion ou du moins sans lésion primitive. C'est ce que l'on constate dans le cours des maladies aiguës; aussi devra-t-on dans ces cas, ne point s'en tenir à un seul essai et, dans bien des cas, on pourra en renouvelant l'expérience suivre l'évolution du trouble fonctionnel ou de la lésion rénale (néphrite scarlatineuse, néphrite des tuberculeux). Lorsque le retard s'observe chez un sujet atteint de troubles chroniques mais se trouvant dans son état de santé habituelle, sans aucun accident aigu, il y a tout lieu de croire à l'existence d'une néphrite.

la disparition des hématozoaires du sang. A cette dose minime, le bleu ne produit aucun accident et il paraîtrait, d'après cet auteur, qu'il est assez efficace pour faire disparaître dans la forme aiguë les plasmodies et la fièvre dès le premier jour de l'administration, et dans la forme chronique dès le neuvième jour. Comme renseignements complémentaires, il ajoute que les urines et les matières fécales sont colorées en bleu foncé mais que la sueur et la salive restent incolores. Thayer conclut que, pour lui, le bleu de méthylène est à tous les points de vue, de beaucoup supérieur au sulfate de quinine, médicament à action trop lente contre la fièvre paludéenne chronique et, sans aucune portée, sur les hématozoaires du sang.

Par contre, Strassmann a toujours vu chez les femmes en couche le bleu de méthylène absolument inefficace contre la fièvre d'origine paludéenne. De plus, à ses yeux, le bleu a une foule d'inconvénients; il provoque de la céphalalgie, du malaise, des vomissements, de la dysurie, etc., tous accidents qui ne se rencontrent pas avec un bleu de méthylène chimiquement pur.

Moncorvo (de Rio-Janeiro), a administré le bleu de méthylène chez les enfants paludéens, et en a obtenu la guérison dans le tiers des cas. La dose quotidienne a varié entre 20 et 40 centigrammes, et le mode d'administration a été, la plupart du temps, une potion prise en quatre fois toutes les deux heures. Sous cette forme, le médicament a toujours été bien toléré; jamais il n'a remarqué de diarrhée, de polyurie, ni d'albuminurie. L'insipidité du bleu en rend l'usage, chez les enfants, infiniment plus facile que celui de la quinine, et ainsi en fait un agent fébrifuge remarquable pour la thérapeutique des petits malades.

Ferreira a obtenu de l'emploi du bleu dans la malaria infantile, des résultats éclatants avec une dose quotidienne de 0,25 à 0,40 centigr. en potion, et les observations qu'il a publiées mettent hors de toutes contestations, les effets antimalariens du bleu.

Wittacher, en 1892, vanta les résultats du bleu de méthylène dans les cas de paludisme où le sulfate de quinine à haute dose avait été sans action.

Marshall et Gée, qui ont pratiqué plusieurs années aux Indes, considèrent le bleu de méthylène comme un médicament de grande valeur contre le paludisme. 5 pilules de 0,10 centig. de bleu par jour suffisent au bout de deux à trois semaines pour juguler la plupart des accès. Ils concluent que si le bleu de méthylène n'est pas un spécifique paludéen, il est sûrement un agent thérapeutique excellent dans la plupart des cas qui résistent aux traitements usuels.

Hudleston (de New-York), est arrivé à guérir en 4 et 5 jours, des jeunes filles atteintes d'impaludisme chronique qui avait résisté aux sels de quinine, en administrant toutes les 5 heures, durant 5 jours, des pilules de 0,10 centigr.

Dabrowski considère le bleu comme un spécifique aussi puissant contre l'impaludisme que la quinine; il le donne à raison de 0,50 centigr. par jour.

Kasem-Beck, en 1894, publiait de nombreuses observations de fièvres paludéennes chez les enfants, fièvres qui avaient résisté au sulfate de quinine et qui furent guéries par le bleu de méthylène à la dose quotidienne de 0,25 à 0,40 centig.

Röttger, assistant du professeur Quincke (de Kiel), est toujours arrivé à enrayer les accès paludiques avec des cachets de bleu de méthylène de 0,10 centigr. à la dose quotidienne de 6 à 8, et durant plusieurs jours de suite. Jamais il n'a été observé de trouble digestif, d'inappétence, de dysurie, etc. Le bleu de méthylène est, à son dire, un médicament excellent contre la malaria, et le plus souvent préférable aux sels de quinine, qui ont, comme on le sait, de nombreux inconvénients.

Rouvier (de Beyrouth), a trouvé dans le bleu de méthylène un médicament très efficace pour lutter contre l'infection malarienne chez les enfants. Il l'emploie aussi bien dans les formes intermittentes que rémittentes. Bien toléré par les petits malades, le bleu exerce une action rapide sur l'infection paludique et fait diminuer l'augmentation de volume du foie et de la rate. L'usage du bleu de méthylène, pour acquérir toute son efficacité, doit être prolongé après la disparition des accès malariens, mais aussi doit être continué, à périodes déterminées, pour servir de moyen préventif.

Marini (de Bagdad), le donne avec succès contre la fièvre paludéenne, chez les enfants, à la dose de 0,25 centigr. Le bleu de méthylène agit même, dit-il, parfaitement, quoiqu'il soit rejeté en partie par le petit malade. C'est là pour lui un grand avantage. De plus, le bleu de méthylène n'a pas l'amertune de la quinine, il agit à plus petite dose, il est d'un prix de revient très inférieur, il ne possède aucune influence nocive sur la grossesse, il ne provoque point les avortements à l'encontre du sulfate de quinine, il ne produit pas de bourdonnements d'oreilles, il a une action favorable à petites doses sur l'albumine et calme rapidement les névralgies ataxiques, paludéennes ou rhumatismales.

Dupret n'a eu lui aussi qu'à se louer du bleu de méthylène pour combattre les accès paludiques et pour en prévenir le retour.

Carsamatis (d'Athènes), recommande de ne recourir à ce médicament que dans les fièvres intermittentes simples et qu'il y aurait danger à le substituer aux sels de quinine dans le traitement des fièvres continues et des accidents pernicieux. Ce n'est donc pas un succédané de la quinine dans tous les cas, c'est encore moins un fébrifuge supérieur. Le bleu de méthylène est surtout indiqué lorsque, pour une cause quelconque, l'emploi quinique est contre-indiqué (grossesse, hémoglobinurie) et chez les enfants auxquels répugne tant l'amertume de la quinine. Le bleu de méthylène s'administre chez l'adulte à la dose de 0,60 cent. à 1 gr. par jour.

Comment agit le bleu de méthylène dans l'impaludisme. — D'après Erlich, comme on l'a vu, le bleu s'attaquerait à la cause même du mal, aux éléments figurés de Laveran. Tel n'est point l'avis de ce dernier, qui n'a jamais rencontré d'hematozoaires colorés en bleu dans le torrent circulatoire. Pourtant, la plupart des auteurs prétendent avoir rencontré les éléments paludiques colorés par le bleu de méthylène. Quoi qu'il en soit, ce médicament agit très manifestement sur les accès, dans un temps plus ou moins rapproché, il est vrai. Bien mieux, dans les cas où le sulfate de quinine échoue, le bleu de méthylène réussit fort souvent à merveille.

Indirectement, ce produit combat l'anémie et les engorgements visceraux d'origine paludique, il fait disparaître l'augmentation du volume du foie et de la rate, la cachexie paludique et il les combat par le seul fait qu'il supprime la cause anémiante qui est l'hématozoaire. Puis, plus la date initiale de l'infection paludéenne sera récente, plus les effets seront certains et rapides. Avec le bleu de méthylène comme avec les sels de quinine, il est plus facile de prévenir que de les guérir. Enfin, il peut être continué pendant fort longtemps et il peut servir comme moyen préventif des accés paludéens. Son emploi prolongé n'expose à aucun inconvénient sérieux.

B. *Tuberculose pulmonaire.* — Il était intéressant d'examiner et d'étudier la conduite du bleu de méthylène dans les infections les plus fréquentes du poumon : la tuberculose et la pneumococcose. C'est à quoi songea Althen, après qu'il eut eu un résultat favorable avec le traitement externe d'un empyème tuberculeux. Chez dix tuberculeux, il employa à l'intérieur, le bleu de méthylène en commençant par de petites doses. Il faisait prendre immédiatement après les repas le bleu en capsule, ou mélangé avec de la magnésie, à la

dose maxima de 50 centigrammes par jour et par fractions de 10 centigrammes. D'après ses essais, les lésions semblèrent s'améliorer, sans toutefois disparaître et empêcher quatre d'entre ces tuberculeux de mener finalement leurs cavernes *ad antrum*. Les crachats dimi nuaient et les douleurs pleurétiques disparaissaient dès le début du traitement.

Pour les différents cas de tuberculose que nous avons traités ainsi, il ne s'est point manifesté d'amélioration sensible dans l'état pulmonaire. Pourtant, avec ce traitement, parfois la fièvre à été quelque peu atténuée, les points de côté ont disparu et le moral s'est relevé quelque temps.

C. *Pneumonie.* — Dans deux cas de pneumonie, nous n'avons obtenu que la diminution de la fièvre et la disparition du point de côté.

D. *Typhus récurrent.*—Dans quatre cas de typhus récurrent, Nephedeff a administré à l'intérieur du bleu de méthylène et n'a point obtenu de résultats satisfaisants. Dans aucun des cas, la durée de l'attaque n'a diminué sous l'influence du traitement. A cela, nous ferons remarquer encore que le bleu de méthylène est un microbicide et non un antitoxique. Dans les cas d'infection ancienne, le bleu de méthylène, au lieu de rendre service, serait plutôt nuisible.

E. *Filaire du sang.* —Austin Flint a donné le bleu de méthylène avec succès contre la filaire du sang.

F. *Organes urinaires.*—Les maladies microbiennes des voies urinaires, moins la blennorrhagie uréthrale, ont peu tenté les innovateurs. Peu nombreux sont les thérapeutes qui ont soumis au bleu les diverses maladies de cet appareil.

G. *Reins.* — Netschajeff, puis Lowenthal, publièrent le résultat de leurs expériences dans les cas de néphrite en général. De notre côté, dans un cas de néphrite épithéliale avec 50 cent. d'albumine, l'administration de 5 pilules glutineuses de bleu à 10 cent. durant 32 jours, paraît avoir contribué à la disparition de l'albumine et à l'augmentation de la diurèse.

Par contre, dans deux cas de néphrite interstitielle avec polyurie, le bleu de méthylène, donné à raison de 5 pilules glutineuses de bleu par jour et pendant trois semaines, n'a amené aucune modification.

Dans un cas de pyurie, due à une pyélite, pyurie dégageant une odeur repoussante, le bleu de méthylène administré journellement à la dose de 6 pilules glutineuses de bleu de 0,10 cent. durant 8 jours consécutifs — avec un intervalle de 6 jours de repos et une reprise de 3 jours de traitement — fit disparaître, presque dès le début, l'écoulement purulent et finit à la deuxième reprise par annihiler tout dégagement d'odeur. Pour faciliter l'évacuation du pus coagulé de la vessie, de simples lavages à l'eau bouillie furent faits avec une sonde molle.

Chez un phosphaturique, avec 0,20 cent. d'albumine, le bleu donné à la dose de 0,50 cent. tous les 5 jours passa décoloré jusqu'à la dixième heure environ, l'élimination apparente du bleu allant jusqu'à la cinquantième heure environ. Au deuxième et au troisième jour, l'urine, plus abondante et plus limpide, contenait beaucoup moins de phosphate et très peu d'albumine.

(*A suivre*).

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications.

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Le diabète sucré et son traitement basé sur l'expérience clinique, par HENRY S. STARK. (*Med. Rec.* 11 déc. 1897, p. 844). — L'auteur commence par établir le diagnostic du diabète; il fait remarquer qu'une glycosurie aiguë ou chronique ne suffit pas en elle-même pour permettre le diagnostic du diabète. D'après sa grande expérience personnelle l'auteur dit qu'il faut rencontrer simultanément, de la glycosurie, de la polyurie, de la polydipsie et une destruction de la santé dépendant de ces phénomènes pour affirmer le diabète ; ce sont les signes de certitude.

La présence de sucre dans les urines a une certaine valeur, mais ne permet pas d'affirmer le diabète si on ne trouve pas simultanément une dépression dans la santé générale.

On doit tenir compte de certains signes et symptômes tel que les attaques périodiques de céphalalgie chez les obèses d'environ 35 ans ; la fatigue extrême après un exercice court mais violent, diminution de l'acuité visuelle. Ce ne sont pas les seuls symptômes ; mais l'auteur les cite parce qu'on ne les rencontre pas toujours dans les livres classiques, malgré leur réelle importance.

Inutile d'insister plus longtemps sur le diagnostic du diabète.

Au point de vue de la prophylaxie, les médecins doivent insister auprès de leurs malades obèses pour leur faire prendre de l'exercice. L'obésité et la paresse, l'obésité et le diabète sont souvent concomitants.

L'exercice ne doit pas être poussé au point d'amener la fatigue ; il suffit comme traitement dans beaucoup de cas bénins.

Les membres âgés d'une famille, ou la diathèse diabétique sévit, doivent s'abstenir de sucre et de farineux ; les jeunes ne doivent en faire qu'un usage modéré.

Les goutteux obèses doivent s'abstenir de sucre et de farineux.

La vie sédentaire, les préoccupations cérébrales et le travail intellectuel sont de grands facteurs de cette maladie.

Le traitement médical de cette maladie fournirait un bon sujet de sermon thérapeutique.

Toutes les substances inscrites et non inscrites dans la pharmacopée ont été essayées. 80 pour 100 des médecins emploient actuellement la morphine, l'opium ou la codéine dans le traitement du diabète.

L'auteur a aussi employé successivement toutes les drogues préconisées. Il les a finalement écartées toutes, sauf l'opium et ses alcaloïdes.

Monin de Paris avait préconisé le permanganate de potasse. L'auteur l'a expérimenté et constaté son inefficacité.

Du reste, ce n'est pas tant le traitement pharmaceutique qu'il faut chercher que le traitement diététique.

L'expérience montre et la physiologie nous enseigne que le sucre peut se retrouver dans l'urine des diabétiques même après suppression des hydrates de carbone de l'alimentation. Dans certains cas la suppression brusque des hydrocarbonés amène des complications graves. On doit nourrir son malade, et surveiller son élimination d'urée et de sucre, on doit suivre la courbe de la désassimilation azotée au moins 2 à 3 fois par mois, et y remédier par un régime convenable; une alimentation exclusivement azotée est souvent plus nuisible qu'utile à la santé.

A. CHASSEVANT.

Traitement électrique de la goutte et de la diathèse urique, par ROBERT NEWMAN. (*Medical Record*, 11 décembre 1897). — L'auteur affirme, d'après une observation attentive et une grande expérience, que la goutte et la diathèse urique peuvent toujours être guéries par une application judicieuse de l'électricité, en particulier de l'électricité statique. Il montre les avantages du courant statique. Le courant statique a les mêmes propriétés que celles de l'électricité en général; c'est un courant à haut potentiel et à grande fré-

quence. L'auteur emploie l'électricité statique de différentes façons; comme massage il emploie la faradisation. L'action curative des applications d'électricité statique est la suivante :

1° Diffusion de l'électricité qui pénètre les tissus et les articulations; 2° Action tonique; 3° Les douleurs sont calmées au bout de cinq minutes; lorsque la douleur est considérable et que les articulations sont prises il faut plusieurs séances avant d'obtenir le soulagement; mais au début d'une attaque trois séances suffisent souvent pour amener la cessation de la douleur; 4° Le mal de tête et la pesanteur cérébrale sont enlevés par le souffle électrique; 5° La température est régularisée et ramenée à la normale; 6° La circulation est rétablie et les stases sanguines disparaissent; 7° La thermogénèse est rétablie ainsi que les fonctions de la peau et souvent la diaphorèse apparaît; 8° Le courant faradique stimule les organes à mieux secréter; 9° Il favorise les excrétions et purifie l'économie de son acide urique; 10° Il combat l'asthénie nerveuse; 11° Il y a résorption des produits inflammatoires dans les articulations; 12° Le courant agit comme un moteur passif et remplace l'exercice. Ces effets sont bien établis et observés par divers auteurs.

L'électricité statique est le meilleur traitement de la goutte héréditaire, prévient les attaques si on l'emploie à temps et judicieusement.

L'électricité statique, et les autres courants électriques, guérissent encore d'autres variétés de goutte et de rhumatisme.

A. CHASSEVANT.

Traitement de l'obésité par les préparations de glande thyroïde. (*Klinisch-ther. Wochenschrift*, n° 6, 1898).—Le Pr AFANASSIEF de Saint-Pétersbourg, ne voit aucun inconvénient à l'emploi de la médication thyroïdienne chez l'obèse bien portant : chez l'obèse qui présente des complications circulatoires, il ajoute au traitement les diurétiques et les toniques du cœur,

A côté des effets classiques de la médication, l'auteur a observé des cas d'anorexie provenant de ce que les sujets en expérience présentaient, après absorption de thyroïdine, un état spécial de satiété, qui les empêchait d'ingérer autant d'aliments que de coutume.

Les cas où les résultats sont les plus durables sont ceux où la perte de poids journalière est peu considérable (100 à 200 gr. au plus), mais constante. L'iodothyrine de Baumann paraît tout spécialement convenir aux obèses affaiblis.

E. VOGT.

Traitement du goître exophtalmique par l'électrolyse, par G. VAUDEY. (*Marseille Méd.* 1er avril 1898). — L'auteur, adoptant pour l'étiologie du goître exophtalmique l'hypothèse de l'indication thyroïdienne, a cherché à obtenir sur place une destruction au moins partielle du tissu de la tumeur, évitant ainsi les dangers de la thyroïdectomie et les résultats insuffisants de l'exothyropexie. Il s'est adressé pour cela à l'électrolyse, après avoir constaté les résultats incertains et incomplets de l'électricité galvanique ou faradique, même longtemps prolongée. En sept ans, M. Vaudey a traité par les courants continus ou par les courants galvaniques, six goîtres exophtalmiques avec un succès médiocre. C'est alors qu'il songea à l'électrolyse, et les deux observations qu'il rapporte dans son travail actuel permettent de fonder beaucoup d'espoir sur cette nouvelle méthode.

L'auteur adopte une technique semblable à celle qui a été préconisée déjà pour la destruction des tumeurs vasculaires. Deux ou trois aiguilles métalliques, enduites d'un vernis isolant, sauf à leur pointe sur une étendue d'un demi-centimètre environ, sont enfoncées obliquement dans la tumeur et mises en communication avec le pôle positif d'une batterie électro-médicale. Le pôle négatif est représenté par une cuvette à demi remplie d'eau tiède, dans laquelle plongent une main du malade et l'électrode négatif. On fait alors passer le courant lentement et progressivement jusqu'à concurrence de vingt à vingt-cinq milliampères. Au bout de dix minutes, on revient, toujours aussi lentement, au zéro. Les aiguilles sont enlevées et les piqûres obturées avec un peu de collodion antiseptique.

L'auteur a donné la préférence à l'électricité positive sur la négative parce qu'elle donne lieu à la formation d'une cicatrice fibreuse rétractile destinée à étouffer le tissu glandulaire entre ses mailles, tandis que l'électrolyse négative produit une escarre qui, bien qu'aseptique, détermine au moment de sa résorbtion une poussée congestive.

Les séances sont répétées deux fois par semaine environ, et les piqûres sont faites assez rapprochées les unes des autres, en s'étendant progressivement à toute la glande.

Une asepsie parfaite est de rigueur : nettoyage de la peau du cou, des mains de l'opérateur et des aiguilles : celles-ci ne pouvant être flambées à cause de leur vernis, se-

ront plongées quelques minutes dans une solution phéniquée à 5 0/0.

L'anesthésie est presque impossible à réaliser et, d'ailleurs, n'est pas indispensable, car l'opération n'est nullement douloureuse. Le chlorure d'éthyle expose à des congestions laryngées et trachéales et amène ultérieurement une dilatation dangereuse des petits vaisseaux. Quant à la cocaïne, outre le danger ordinaire d'intoxication, elle nécessite des piqûres préalables non moins douloureuses que celles des aiguilles électrolytiques.

L'aiguille sera plongée obliquement, de façon à éviter le parallélisme entre l'ouverture de la peau et celle de la tumeur. Le seul point délicat est d'enfoncer dans la tumeur la partie dénudée des aiguilles et rien qu'elle seule. Il faut, en effet, qu'elle soit plongée assez profondément pour que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané restent protégés contre le passage du courant par le vernis isolant; mais il ne faut pas non plus dépasser la mesure et faire pénétrer dans la glande la partie vernie de l'aiguille. Dans le premier cas, en effet, la peau se trouvant électrolysée, l'opération serait très douloureuse : il se formerait une cicatrice indélébile, le trajet de la piqûre étant représenté par un cordon fibreux amenant l'enfoncement et la fixation de la cicatrice à la tumeur. Dans le second cas, c'est-à-dire si une portion de la partie vernie de l'aiguille plongeait dans les tissus du goître, la partie correspondante échapperait à l'électrolyse et une hémorragie intra-glandulaire se produirait à ce niveau après le retrait de l'instrument. L'auteur eut ainsi un accident, il y a quatre ans : la tumeur tripla de volume, en même temps qu'apparaissait de l'oppression. Au bout de deux jours, le sang était résorbé, il ne restait plus qu'une teinte multicolore du tégument. Mais l'effet moral avait été désastreux. Avec un peu de pratique, on perçoit très bien en enfonçant l'aiguille, dû au ressaut de la partie vernie au passage de la peau, puis, un peu plus loin, une résistance très appréciable au moment où ce rebord arrive en contact avec la coque fibreuse du goître.

Des deux cas rapportés par l'auteur, le premier exigea vingt-six séances réparties en quatre mois. Au bout de ce temps, le goître avait diminué d'une façon très sensible. La circonférence du cou avait été ramenée de 45 centimètres à 42 ; le tremblement et l'essoufflement avaient disparu ; le pouls était régulier et restait à 80 : la malade n'accusait presque plus de d'exophtalmie.

Le second cas n'exigea que huit séances en deux mois. A ce moment, la malade n'avait presque plus de tremblement et pouvait faire un kilomètre à pied.

R. BLONDEL.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE
Médecin des hôpitaux

Traitement de 43 cas de diphtérie par l'antitoxine, par IRA PAYNE. (*Med. News*, 9 octobre 1897, p. 464.) — L'auteur a employé le sérum antitoxique dans 43 cas de diphtérie, et a eu 42 guérisons. Il y a eu 5 cas de croup qui auraient été fatalement mortels. L'enfant décédé était âgé de deux ans, avait le croup depuis trois jours, lorsqu'il est vu pour la première fois. On lui injecte 1000 unités d'antitoxine, il meurt 20 heures après.

L'auteur conclut que l'antitoxine bien préparée et bien conservée est un spécifique du traitement de la diphtérie.

A. CHASSEVANT.

Modifications subies par le poison tétanique dans l'organisme : rapports de ce dernier avec l'antitoxine. (*Deutsche med. Wochenschrift*, nº 12, 1898). — Nous ne retiendrons du travail très technique de BLUMENTHAL que les faits pouvant intéresser directement la thérapeutique.

Un animal soumis à l'action du tétanos peut succomber alors qu'il contient encore une quantité d'antitoxine préformée suffisante pour immuniser facilement d'autres animaux. L'animal ne meurt donc pas parce qu'il n'a plus assez d'antitoxine à sa disposition. Il fallait en conséquence se demander s'il est bien nécessaire qu'un animal contienne de l'antitoxine préformée pour résister au poison tétanique. Bien plus, il était possible que la réceptivité pour ce poison fût en raison directe de l'antitoxine accumulée dans l'organisme, et que l'animal réfractaire au poison tétanique ne contînt pas d'antitoxine. Cette dernière hypothèse se trouva confirmée par l'examen de la puissance antitoxique de la substance nerveuse du poulet : cette puissance est nulle pour ainsi dire, alors que le poulet est presque complètement réfractaire au tétanos.

Le poison tétanique ne rencontre pas, dans l'organisme du poulet, de substance capable de le saturer ; on retrouve le poison dans les tissus 40 heures après l'inoculation : la présence du poison ne provoque aucune réaction chimique dans l'organisme de l'oiseau. L'auteur croit donc pouvoir conclure que pour qu'un organisme arrive à présenter les symp-

tômes du tétanos, il faut que la toxine tétanique incorporée à cet organisme entre en combinaison chimique avec la substance nerveuse de ce dernier. Blumenthal a pu reconnaître expérimentalement que la toxine entre en combinaison chimique avec l'antitoxine préformée.

Comment, dans ces conditions, expliquer l'action antitoxique ? On comprend bien que l'antitoxine puisse neutraliser chimiquement la toxine tétanique circulant avec les liquides de l'organisme, mais que peut l'antitoxine contre la toxine déjà fixée dans les cellules nerveuses ? Tout concourt à démontrer qu'en effet, l'antitoxine tétanique est absolument inefficace quand il s'agit de neutraliser des toxines déjà fixées dans les tissus.

Le travail de Blumenthal démontre donc expérimentalement, ce qui l'empirisme avait fait reconnaître, à savoir que l'efficacité de l'antitoxine dépend entièrement de la rapidité avec laquelle on l'utilise dans un cas donné : elle doit agir avant que la toxine ne se soit chimiquement combinée à certains éléments contenus dans la cellule nerveuse.

E. VOGT.

Dosages journaliers de l'urée dans un cas de fièvre typhoïde traité par la méthode de Brandt par TYSON. (*The American Journal of the Medical Sciences*, Septembre 1897). — On sait depuis longtemps que l'un des effets les plus nets des bains froids dans les pyrexies est d'augmenter la diurèse. Il n'est pas inutile toutefois de résumer l'observation relatée par Tyson, car il s'agit d'un cas bien observé, avec cette particularité intéressante que la maladie infectieuse, qui était une fièvre typhoïde, était compliquée de broncho-pneumonie et de néphrite, deux complications qu'un certain nombre de médecins considèrent encore comme contre-indiquant l'usage des bains froids.

Le malade, homme de 25 ans, était entré à l'Hôpital de l'Université de Philadelphie le 25 décembre 1896; sa température au moment de l'entrée était de 39° 2; son urine contenait un peu d'albumine, et deux jours après des cylindres hyalins. Le traitement par les bains fut institué le 27. Le lendemain commença une expectoration purulente, abondante, striée de sang, contenant de nombreux pneumocoques. L'urine contenait une grande quantité d'albumine et de nombreux cylindres hyalins.

Les bains froids furent continués. On commença à recueillir l'urine le 29 décembre; ce jour-là on ne put recueillir qu'une partie de l'urine émise dans les 24 heures; les 345 cc. d'urine obtenus contenaient 2,9 pour 100 d'urée. Les 30 jours suivants, on nota chaque jour la quantité d'urine émise et l'on fit le dosage de l'urée.

Le 30 décembre le malade rendit 720 c.c. d'urine avec 14,32 d'urée. La quantité d'urine augmenta progressivemont les jours suivants et le 2 janvier (jour ou l'on donna 5 bains), elle atteignit le chiffre de 1980 c.c. avec 32,8 d'urée, chiffre considérable, si l'on tient compte de ce fait que le malade était soumis au régime lacté absolu. Cette quantité diminua un peu les jours suivants, mais elle augmenta de nouveau, de telle sorte que le 11 janvier le volume de l'urine était de 2.040 c.c. avec 44,07 d'urée. Les jours suivants il y eut des oscillations assez étendues dans la quantité d'urine émise, mais jamais le chiffre des 24 heures ne fut inférieur à 1140 c.c. sauf le 23 janvier (900 c.c.).

A partir du 25 janvier il y eut une polyurie marquée (jusqu'à 2280 c.c. d'urine). Quant à l'albumine, qui au début entrait pour un quart dans le volume de l'urine, elle avait totalement disparu le 19 janvier.

La broncho-pneumonie guérit en quelques jours sans autre traitement que les bains froids.

Ce cas est particulièrement intéressant, en raison de l'existence des déterminations broncho-pulmonaires et rénales qui ont été favorablement influencées par les bains froids.

D'ailleurs, le bon effet des bains froids a été éprouvé par Vogel, lors d'une épidémie de scarlatine observée dans une caserne. Une partie des malades fut simplement soignée par la méthode expectante, l'autre par les bains froids (à 20-22°) donnés toutes les trois heures quand la température dépassait 39°.

Des 69 malades traités par les bains froids, cinq seulement eurent de la néphrite et aucun ne succomba. Des 56 non soumis à ce traitement, 9 furent atteints de néphrite et 5 succombèrent.

G. LYON.

De l'euquinine dans la fièvre palustre. (*Wratsch* n° 3, 1988). — KLEIN a employé l'euquinine dans huit cas de fièvre palustre. Dans quatre cas il s'agissait de fièvre tierce; dans deux autres cas il y avait névralgie du trijumeau, dans deux autres enfin c'étaient des accidents gastro-intestinaux qui prédominaient. Dans la majorité des cas l'auteur a trouvé les plasmodies palustres. Le diagnostic n'était donc pas douteux. L'euquinine a donné d'excellents résultats : au bout de

3 à 5 jours les malades guérissaient. Chez une seule malade atteinte de céphalée intense, l'euquinine a provoqué des vomissements, des vertiges et dès bourdonnements d'oreilles. Klein prescrivit l'euquinine à la dose de 0, 50 centigr. deux fois par jour. Tous les malades la prenaient volontiers; jamais ils ne perdaient l'appétit, jamais il ne se plaignaient ni de nausées, ni de renvois amers. De sorte que l'euquinine doit, d'après l'auteur, remplacer la quinine dans le traitement dela fièvre palustre. En outre, elle est tout-à-fait indiquée dans la pratique infantile, surtout dans les coqueluches où, comme on sait, on doit recourir à un traitement systématique et prolongé.

B. TAFT.

Traitement de la forme cutanée du charbon par des injections d'iode. (*Médicins. Obosren.* n° 2, 1898). — Dans deux cas de charbon, ASMOUSS a pratiqué des injections d'iode dans la periphérie du foyer malade (on injectait une solution de teinture d'iode à 1 pour 2 d'eau distillée). On pratiquait chaque fois de 4 à 8 injections, une demi-seringue de Pravaz à la fois. On pratiquait les mêmes injections dans la région ganglionnaire voisine du foyer infecté.

Les deux malades ainsi traités se sont rétablis, de sorte qu'il a été inutile de recourir à l'incision du foyer malade. Un de ces malades a reçu les injections en question pendant 10 jours, l'autre pendant deux semaines. On n'a jamais observé ni phénomène d'iodisme, ni sensations douloureuses prononcées. Le procédé décrit par l'auteur est particulièrement indiqué dans les cas où, pour une raison ou pour une autre, on ne peut recourir au traitement chirurgical. Ajoutons qu'il est regrettable que l'auteur n'ait pas fait d'examen bactériologique.

B. TAFT.

Traitement de l'actinomycose par des préparations iodées. (*Medicinskoië Obosrenië*, n° 4, 1898). — RAIEVSKY a fait d'abord des expériences pour établir quelle est l'action de l'iodure de sodium sur l'actinomycose *in vitro*. Ces expériences lui ont permis de conclure à l'action incontestable des solutions d'iodure de sodium sur l'actinomycose. En effet, la présence dans le milieu nutritif de 8 pour 100 d'iodure de sodium suffisait pour ralentir le développement de l'actinomycose; la présence de 1/2 pour 100 arrêtait complètement ce développement. En se basant sur ces résultats expérimentaux, Raïevsky eut recours dans deux cas à l'iodure de sodium qu'il administrait soit uniquement sous forme de potion, soit simultanément sous forme de potion et d'injections interstitielles. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. Quant à l'explication de l'action de ce médicament, l'auteur se range à l'hypothèse qui considère cette action comme purement bactéricide.

B. TAFT.

Chirurgie générale

Dr BENOIT
Ancien interne des Hôpitaux

Dangers de la ligature de l'artère axillaire par F. J. SOUPART, professeur à l'université de Gand. (*Belgique Médicale*, 24 mars 1898.) — A la suite de la relation d'un fait de gangrène du membre supérieur, consécutive à la ligature de l'artère axillaire pour une plaie par écrasement, (*Gazette des hôpitaux*, 7 octobre 1897, M. Derocque), le professeur Soupart vient, dans un article longuement développé, rappeler que dès longtemps il a enseigné dans ses cours que la ligature du tronc artériel axillaire, dans l'espace compris entre *l'origine de la scapulaire inférieure* et celle de *l'humérale profonde*, doit être proscrite de la pratique chirurgicale. Le cas publié par l'interne de M. Richelot en est une preuve nouvelle. La question est d'un intérêt pratique, trop évident, pour que nous ne mettions pas sous les yeux des chirurgiens le rapport résumé du travail de M. Soupart. Ce dernier montre la façon dont il faut se conduire pour les interventions d'urgence. dans les plaie artérielles de la région axillo-humérale et le traitement des anévrysmes de cette région. Il est indéniable que des succès opératoires ont pu être obtenus après la ligature classique des deux bouts dans la plaie. Cela s'explique, selon l'auteur, par des anomalies fréquentes qui font naître dans le creux même de l'aisselle les artères radiale et cubitale d'une division prématurée du tronc artériel. Mais on a alors la *persistance du pouls radial* comme critérium, qui indique la conduite à suivre. Malheureusement, il est de règle qu'il n'en soit pas ainsi. Anciennement, Lauthier, (de Louvain), fut témoin d'un cas de gangrène qui nécessita l'amputation du bras, à laquelle l'opéré succomba. Nombreux sont les cas de ce genre qui lui ont fait suite. Selon M. Soupart, qui fait appel au contrôle des anatomistes, au point de vue de la circulation collatérale, la *ligature de l'artère sous-clavière* l'emporte sur celle de *l'axillaire*,

car elle est plus facile à exécuter et moins dangereuse par ses suites. En effet, la ligature placée sur la sous-clavière, dans la fosse sus-claviculaire, laisse libre la circulation collatérale par les larges anastomoses que présentent les branches qui naissent de la sous-clavière en dedans des scalènes, avec les artères acromio thoracique, thoracique inférieure et scapulaire inférieure, de branches de l'axillaire. La ligature de l'axillaire à la partie moyenne supprime ces anastomoses, sauf celles qui se font par la scapulaire inférieure. Enfin, la ligature placée à la partie inférieure de l'axillaire, supprime tout le sang versé par les collatérales dans le tronc axillo-huméral. Donc, pour se mettre à l'abri de *l'hémorragie* et de la *gangrène*, il faut se rappeler :

1° Que la ligature de l'axillaire à la partie inférieure, près de l'origine de l'humérale profonde, supprime la circulation collatérale et doit être proscrite de la pratique chirurgicale;

2° On peut faire cette ligature, si le pouls radial existe, ce qui indique l'existence de l'anomalie indiquée plus haut;

3° Dans l'incertitude de l'étendue des lésions, on exposerait le membre thoracique à la gangrène en liant l'artère axillaire.

4° La ligature de l'axillaire, au-dessous de la naissance de la scapulaire inférieure, bien que laissant libre la circulation collatérale, expose à l'hémorrhagie lors de la chute de la ligature, à cause du voisinage des collatérales et du peu de solidité du caillot obturateur.

5° En tout état de cause, dans les lésions de l'artère axillaire, il est plus avantageux de lier la sous-clavière dans la fosse sus-claviculaire, où elle est facilement accessible.

AUG. BENOIT.

Traitement des abcès du foie. — (*Société de Chirurgie*, 16 mars 1898) — M. LOISON, médecin militaire, (rapport de M. Walther) conseille, comme moyen de diagnostic et de thérapeutique tout à la fois, la ponction aspiratrice, qui décongestionne l'organe et produit un abaissement de la température. Si le pus est collecté, l'auteur fait alors l'ouverture transpleurale, qui lui paraît supérieure à la laparotomie. La gravité de l'intervention est sérieuse, puisque sur 14 cas, il a eu 8 morts et 6 guérisons. M. ROBERT, qui a étudié au Tonkin les abcès du foie, préfère également la *voie transpleurale* sans la résection du bord costal préconisée par Lannelongue et qui est parfois suivie de nécrose des côtes. Il fait l'incision immédiate lorsque la ponction exploratrice, dont il est également partisan, et qui était devenue banale dans cette contrée, lui démontra le présence d'un foyer purulent, vers le bord supérieur du foie.

AUG. BENOIT.

A propos du traitement chirurgical de la lithiase biliaire. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 13, 1898). — STEINTHAL tient surtout à fixer la symptomatologie des calculs biliaires uniques; il s'appuie à ce propos sur quatre observations qui lui ont permis de poser les conclusions suivantes :

1. Des crises douloureuses s'accompagnant ou non d'ictère, consécutives à une attaque antérieure au cours de laquelle des calculs ont été éliminés, démontrent la présence de calculs multiples.

2. Si, au contraire, on est sûr qu'au cours des crises antérieures aucun calcul n'a été éliminé, il faut conclure à la présence d'un calcul unique ou d'un gros calcul obturant le canal et empêchant la sortie de calculs plus petits, placés en amont.

3. Si les accès ne se sont jamais accompagnés d'ictère, et si on est sûr qu'aucun calcul n'a été précédemment éliminé, il y a lieu d'admettre la présence d'un calcul unique logé dans un diverticule de la vésicule biliaire.

4. Une crise de colique sans ictère, s'accompagnant de l'élimination d'un gros calcul, parle en faveur d'une communication anormale entre les voies biliaires et l'intestin.

5. Si, en dehors du moment d'une crise, on observe de l'hyperthermie, on devra soupçonner l'existence d'un foyer purulent.

E. VOGT.

Modification de l'incision sur le bord externe du muscle droit dans l'opération de l'appendicite, par FRED. KAMMERER. (*Medical Record*, 11 décembre 1897, p. 837). — Avant d'anesthésier le madade, il convient de le faire se soulever de la table d'opération, de façon à faire saillir ses muscles droits, ce qui permet de déterminer le bord externe de ce muscle: l'auteur a constaté que la largeur de ce muscle varie suivant les individus. On doit tracer soigneusement sur la peau ce bord externe. On fait sur cette ligne une incision de 2 pouces de long, et la ligne, tirée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, doit rencontrer l'incision de telle façon que la plus grande partie se trouve au-dessous de cette ligne. La peau, la graisse sous-cutanée et l'aponévrose de l'oblique externe sont incisées. La face antérieure de l'aponévrose du

muscle droit est alors ouverte. L'opérateur coupant dans la même direction, un peu en dedans du ligament semi-lunaire, dissèque le bord externe du muscle droit. Il importe de ne pas faire porter son incision trop en dehors, pour ne pas inciser le ligament semi-lunaire et diminuer ainsi la résistance de la paroi abdominale.

Le muscle droit est alors recliné en dedans et disséqué de son aponévrose postérieure sur environ l'espace d'un pouce. Pendant cette dissection on se trouve en rapport avec les vaisseaux épigastriques et une branche du nerf iléo-hypogastrique qui traverse plus loin l'aponévrose et passe dans le muscle droit, généralement dans la partie supérieure de l'incision.

La ligature et la division des vaisseaux épigastriques est autorisée si ces derniers se trouvent sur le chemin. La section de la branche du nerf hypogastrique est plus grave; le résultat de cette section consiste dans l'atrophie de la portion du muscle droit innervée par cette branche.

Il faut éviter cette section, en chargeant le nerf sur un écarteur qui le ramène dans l'angle supérieur de l'incision. Le muscle droit est recliné en dedans, puis on fait une incision de la partie postérieure de l'aponévrose, du fascia et du péritoine; cette incision est parallèle à celle de la peau, et située plus en dedans. L'appendice est facilement trouvé par cette boutonnière. On peut l'attirer avec une pince et le reséquer. Lorque l'opération intra-abdominale est terminée, on ferme l'ouverture du péritoine, du fascia et de la partie postérieure de l'aponévrose avec une suture en surjet au catgut stérile. Le muscle droit est replacé et maintenu dans sa position normale par quelques points de suture au catgut fin faits sur son bord externe. L'incision de la face antérieure de l'aponévrose est suturée séparément au catgut. L'aponévrose de l'oblique externe et la peau sont suturées de la même manière séparément.

L'auteur constate qu'au moment où son article allait paraître, une communication de Jalaguier est parvenue à sa connaissance: Jalaguier a employé le même mode d'incision.

A. Chassevant.

Nouvelle technique du drainage de la cavité péritonéale. — M. le Dr Henri Delagenière (du Mans). — (*Société de chirurgie.* Séance du 30 mars 1898). — Les conclusions de cette communication sont les suivantes :

Le drainage du péritoine, qui a subi une transformation considérable depuis l'apparition du tamponnement de Mickulicz, est cependant encore défectueux malgré tous les moyens dont on dispose. L'auteur a cherché mieux et croit l'avoir trouvé. Il draine le péritoine comme le receptacle d'une lampe à alcool, au moyen de *mèches stériles*, contenues dans des tubes métalliques stérilisables. Il ne trouve, comme contre indication à cette manière de faire en faveur du drainage capillaire, inventé par Mickulicz que les cas où un foyer considérablo doit être tenu isolé de la grande cavité abdominale; et encore dans ces cas aurait-on avantage à employer deux de ces tubes à mèches stériles, l'un rentrant par la plaie, l'autre par une contre-ouverture.

Les tubes métalliques employés sont percés de trous dans la moitié inférieure. L'orifice supérieur destiné à rester sur la peau est muni d'un rebord plat, pour empêcher l'appareil de disparaître dans le ventre. Ce tube a de 8 à 12 centimètres de long; son diamètre varie de 15 à 20 millimètres. Il reçoit dans son intérieur une mèche de coton hydrophile, qui s'épanouit à ses deux extrémités dans le ventre et sur la peau. La mèche peut être changée au cours de pansements ultérieurs ; elle est quelquefois difficile à décoller. Mais, grâce à certaines précautions, on parvient à la retirer sans inconvénient. Ce mode nouveau de drainage a donné d'excellents résultats pratiques.

R. Blondel

Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb, par le Dr Tardif (de Longué) (*Anjou Méd :* 1er février 1898). — Le traitement suivant permettrait, d'après l'auteur, de venir à bout de tous les cas d'ongle incarné sans intervention chirurgicale.

Avec une spatule très plate ou un vulgaire bout d'allumette, on fait glisser entre l'ongle et le bourrelet fougueux, jusqu'au fond de la gouttière péri-onguéale, une mince couche d'ouate suffisamment large pour recouvrir le reste de l'ongle. On prépare ensuite un petit bourrelet d'ouate roulée entre les doigts, que l'on place sur le bord charnu atteint par l'ulcération, mais en dehors de celle-ci. L'espace libre entre les deux morceaux d'ouate étant occupé ainsi par le bourrelet ulcéré, on saupoudrera celui-ci de nitrate de plomb régulièrement tassé; puis on rabattra l'ouate qui recouvre l'ongle sur le sillon; on rajoutera une couche d'ouate sur le tout et on entourera tout le doigt d'une bande de gaze humide.

Le pansement sera renouvelé le lendemain et ainsi de suite chaque jour jusqu'à ce que

l'on voit nettement le bord incarné de l'onglet. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants pour ce résultat.

On changera alors de tactique. Patiemment. en une ou deux séances, on relèvera ce bord avec un peu d'ouate glissée au dessous; on cessera l'emploi du nitrate de plomb, à moins qu'on ne juge les chairs encore insuffisamment détruites. Appliquer un pansement sec et faire continuer ainsi jusqu'à guérison. L'ongle croitra par dessus les chairs, qui, loin d'être molles, sont maintenant comme tannées et parcheminées. Il aura repris sa place normale et le malade sera guéri.

Si le mal se reproduit, ce qui est très rare, on recommencera le traitement dès le début: mais avec un peu de patience la guérison est certaine,

R. BLONDEL.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Sur l'influence exercée sur l'hyperchlorhydrie par les fortes doses de bismuth, par B. OLIVETTI. (*Gazzetta medica di Torino*, Décembre 1897). — En outre de l'action décisive que le bismuth exerce sur les vomissements et les douleurs dans les cas d'ulcère simple et d'hyperchlorhydrie, Fleiner attribua à ce médicament le pouvoir de diminuer le secrétion gastrique et d'abaisser le taux de l'acide chlohydrique libre.

Des recherches d'Olivetti il résulte que le bismuth détermine une amélioration notable chez les ulcéreux et les hyperchlorhydriques, tant pendant la durée du traitement que pendant la période qui suit ce traitement, mais que l'amélioration n'est pas durable, qu'elle n'est aucunement due à la diminution de la secrétion gastrique. Il est probable que l'effet du bismuth dépend uniquement de l'action isolante de ce sel.

G. LYON.

Gastro-entérostomie pour gastrosucorrhée (*Société de Ch.* 16 mars 1898). — M. HARTMANN a montré à ses collègues un malade qui présentait tous les signes de la gastrosucorrhée. Il était tombé en peu de temps de 52 à 42 kilog, Après la gastro-entérostomie qu'il pratiqua, le malade engraissa rapidement, jusqu'à peser 57 kilogr. quelques jours après l'opération.

AUG. BENOIT

Gastro-Entérostomie pour hématémèses. (*Société de Chirurgie*, 2 et 16 Mars 1898). — M. TUFFIER présente un homme opéré tout récemment pour hématémèse. N'ayant rien senti à travers les parois de l'estomac, il se contenta de faire une *gastro-entérostomie* qui a suffi pour guérir le malade. Ce qui tend à prouver que les exulcératoires de l'estomac n'exigent pas l'ouverture large de ce viscère.

D'autre part, M. ROBERT a présenté le cas récent d'un officier mort brusquement d'hématémèse au Val-de-Grâce. A l'autopsie on trouva un sarcome pédiculé de la grande courbure, de petite taille, dont l'ablation eût été facile, s'il avait donné naissance à des troubles quelconques avant cet accident terminal.

AUG. BENOIT.

Résection du pylore pour cancer. (*Société de chirurgie*, 9 et 16 mars 1898). — M. TUFFIER a pratiqué trois résections du pylore pour cancer. Le succès opératoire n'a pas empêché les malades de mourir par généralisation quelques mois plus tard. L'auteur croit que c'est surtout du côté de l'estomac que ces néoplasmes s'étendent: aussi faut-il faire toujours, en même temps que la pylorectomie, une gastrectomie plus ou moins large.

M. QUÉNU croit que le cancer s'étend aussi du côté du duodénum, et récidive surtout dans l'épiploon gastro-hépatique, ce qui explique les résultats précaires de la résection de l'estomac. En tout cas, une fois la pylorectomie terminée, comment faut-il se comporter? L'anastomose termino-terminale, qui abouche les deux sections inégales de l'estomac et du duodénum, est déconseillée par MM. Tuffier et Ricard, comme difficile à exécuter et, selon le dernier, pouvant causer des troubles graves de la circulation et de la respiration, par les tiraillements que la suture exerce sur la région du cardia. Elle est cependant la meilleure des réunions pour les résections peu étendues, puisqu'elle rétablit l'état normal. L'anastomose termino-latérale, par le procédé de Kocher, dans laquelle, après avoir fermé l'estomac, on suture le duodénum à la face postérieure de l'estomac, est une bonne opération, mais à la condition que la résection ne soit pas trop large et que cet abouchement puisse être fait assez loin de la ligne des sutures. Pour les résections étendues, et en général pour toutes les résections, l'anastomose latérale proprement dite, qui abouche latéralement l'intestin (jéjunum) et l'estomac préalablement fermés est la méthode de choix. C'est, somme toute, terminer la résection du pylore par une simple gastro-entérotosmie..

M. CHAPUT se méfie de l'anastomose termino terminale, qui porte sur des tissus mal nourris à la suite des ligatures épiploïques. Il rejette également l'opération de Kocher, pour employer systématiquement l'anostomose latérale. M. MONPROFIT (d'Angers), après les résections larges, donne la préférence au procédé de Roux qui consiste à fermer l'estomac et le duodénum, puis à sectionner le jéjunum en travers et à faire une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique en Y, dont le grand avantage consiste à empêcher totalement le reflux de la bile dans l'estomac L'opération est un peu longue, mais ses résultats sont très encourageants. Son opérée a demandé à manger dès les premiers jours. Ce qu'il y a de particulier, dans la communication de ce chirurgien, c'est qu'il emploie systématiquement le surjet à la soie pour toutes ses sutures et qu'il n'a eu qu'à s'en louer, résultat que l'on n'a pas toujours atteint avec les boutons. Au point de vue de la récidive, que faut-il penser actuellement? Sur ce point, les chirurgiens sont encore loin de s'entendre. M. POIRIER serait disposé à s'en tenir à la gastro-entérostomie palliative M. HARTMANN se fonde sur les guérisons opératoires pour prétendre que la résection est légitime. M. CORNIL, ayant examiné des ganglions qu'il lui avait confiés, ne les a pas trouvés cancéreux, mais simplement hypertrophiés. M. QUÉNU, de son coté; pense que l'adénopathie cancéreuse est ici d'une fréquence égale à celle du cancer des autres viscéres.

AUG. BENOIT.

Lavement avec pression dans un cas d'occlusion intestinal, par THOMAS HAWSKINS. (*Medical record*, 18 Déc. 1897). — Un petit enfant de 8 mois est amené à l'hopital: on fait immédiatement, après examen minutieux, le diagnostic d'occlusion. On pouvait sentir distinctement une masse dans le côté droit de l'abdomen à environ deux pouces au-dessous et à droite de l'omblic.

L'enfant ne rendait rien par l'anus, et avait des vomissements fécaloïdes. On se disposait à pratiquer la laparatomie; mais avant, l'auteur propose de donner un lavement avec pression. On pompe lentement au début, l'eau est violemment expulsée: puis on augmente la pression, le liquide pénètre plus facilement. On introduit en 6 à 7 minutes environ un gallon (4 litres 543). L'enfant replacé dans son lit, on ne peut plus retrouver la tumeur, on en conclut que l'invagination avait disparu sans doute; les vomissements cessèrent graduellement. Il n'y eut pas de matières fécales pendant 24 heures, il y eut seulement une décharge abondante de sang et de mucus.

L'auteur ne pense pas que le lavement forcé doive être substitué à la laparatomie dans tous les cas; mais on doit songer à ce moyen simple et le tenter avant de se résoudre à l'opération.

A. CHASSEVANT.

Germination de graines de citron dans les ntestins. (*Medical Record*, 19 févr. 1898). — iRUFUS MASON rapporte une observation unique, semble-t-il, dans la littérature. Il s'agit d'un enfant de 6 ans qui présenta des symptômes d'appendicite: l'administration de calomel provoqua une débâcle, et on trouva dans les selles quelques pépins de citron. L'enfant tomba ensuite dans un état typhoïde alarmant; trois jours après la première administration de calomel, on donna une nouvelle dose, et cette fois on trouva dans les selles des graines ayant germé: quelques embryons avaient environ un centimètre de long.

L'ingestion des graines remontait à quinze jours: elles n'étaient pas en germination au moment de l'ingestion.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Effets de la pilocarpine dans la pneumonie franche, par ROSENBERGER. (*Deutsches Archiv für Klinische Medicine*, LIX, 1897). — La pilocarpine ayant été récemment préconisée par quelques médecins hongrois comme exerçant une action spécifique contre la pneumonie fibrineuse, Rosenberger a expérimenté ce traitement dans neuf cas. Afin d'enlever toute incertitude aux résultats et ne pas prendre pour l'effet du traitement la crise spontanée qui peut survenir dès le cinquième jour dans la pneumonie, Rosenberger n'a administré la pilocarpine que dans les cas de pneumonie n'ayant pas de gravité, le deuxième ou le troisième jour. Les résultats obtenus ne sont pas en faveur de ce nouveau mode de traitement; en effet, jamais la durée de la maladie n'a été abaissée, la température n'a pas été influencée et l'état local n'a présenté aucune modification non plus que l'expectoration.

En somme, la pilocarpine n'aurait d'autre effet que de provoquer une sudation et une salivation exagérées, ce qui ne présente que des inconvénients pour le malade.

G. LYON.

Traitement de l'Hémoptysie, par CAPITAN. *Médecine Moderne*. nº 25. p. 197, 1898). — Après les moyens ordinaires d'une application immédiate comme l'immobilité, le glan, les sinapismes, les ligatures des membres, les boissons glacées, acidulées, etc., Capitan préconise, dans le traitement de l'hémoptysie, l'emploi d'une solution dans laquelle on associe une série de médicaments vaso-constricteurs, modérateurs cardiaques et généraux, hémostatiques :

Ergotine Yvon.	5 gr.
Antipyrine.	2 gr. 50
Sulfate de spartéine. . . .	0 gr. 30
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 05
Eau distillée. Qs. pour faire.	10 c.c.

On injecte une seringue entière de cette solution. On peut recommencer encore à 2 ou 3 reprises de 5 en 5, ou de 10 en 10 minutes, ou à intervalles plus éloignés suivant les cas.

L'hémoptysie peut persister malgré ce traitement. C'est alors que la vieille médication à l'émétique et à l'ipéca peut donner des résultats remarquables, à la condition d'être employée avec certaines précautions.

On formule la potion suivante :

Eau distillée.	250 gr,
Ipéca	1 gr.
Tartre stibié.	0 gr. 10

que l'on peut aromatiser avec un julep ou un sirop quelconque.

On administre cette potion par cuillerées à café : une cuillerée d'heure en heure.

S'il survient le moindre accident, on suspend pendant une heure environ la potion, puis on recommence à l'administrer par doses plus faibles (1/2 cuillerée à café), pour réaugmenter peu à peu.

S'il survient des nausées ou des vomissements, on intervient au moyen de la glace, de l'eau chloroformée de la potion de Rivière, de l'acool mentholé à 10 pour 100 (4 à 5 gouttes dans une cuillerée à café d'eau glacée).

S'il y a diarrhée marquée, de petites doses de bismuth, voire même d'opium, suffiront en général pour s'en rendre maître.

Contre la dépression du cœur qu'on observe si souvent, la spartéine constitue le meilleur remède ; il faut l'administrer fréquemment, toutes les heures par exemple, à la dose de 2 ou 3 centigr. répétés 5, 6, 7 fois en 24 heures si besoin est.

S'il se produit de la tendance au collapsus, les frictions générales, l'éther, les injections d'huile camphrée (1 à 2 cent. cubes d'une solution à 10 pour 100), les boissons un peu fortement alcoolisées en triompheront le plus souvent.

Ainsi donc, d'une façon générale, administration régulière et assez prolongée (pendant 24, 36, 48 heures, parfois même davantage) de la solution tartre stibié et ipéca. Puis chaque fois que se manifeste un accident quelconque, suspendre la potion et parer à cet accident au moyen d'une intervention thérapeutique appropriée.

G. LYON.

Essai de crymothérapie dans la tuberculose pulmonaire, par LETULLE et RIBARD. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 18 mai 1898). — L'alimentation est le premier facteur d'un traitement hygiénique de la tuberculose, mais l'anorexie est fréquente chez les tuberculeux et rebelle aux médicaments ; aussi le Dr Ribard a-t-il eu l'idée de combattre cette anorexie au moyen de la crymothérapie (de *Krumos*, grand froid).

Dans ce but il a utilisé la neige carbonique dont la température est de — 80º. Il applique sur les régions épigastrique et hépatique un sac contenant environ 2 kilogs d'acide carbonique solide. La peau, protégée par une épaisse couche d'ouate, possède pendant toute la durée de l'application une température de 25º. Le sac est maintenu en place pendant 30 minutes et de nouveau appliqué avant le repas du soir.

Pour cette température de — 80º, il se passe le même phénomène que pour les rayons X ; la peau, le tissu cellulaire, les muscles sont complètement traversés par les radiations calorifiques, mais le foie et beaucoup d'autres organes le sont beaucoup moins. Ces organes moins diathermes, subissent un abaissement de température contre lequel l'organisme est obligé de lutter ; or la faim par le besoin d'alimentation qu'elle sollicite, constitue le plus puissant moyen qu'il ait en son pouvoir pour triompher du poids.

L'auteur qui a appliqué ce procédé dans sept cas, a toujours obtenu le retour de l'appétit, parfois au bout de quelques jours, le plus souvent au bout des 24 ou 48 premières heures.

Le procédé est aussi simple qu'efficace.

G. LYON.

L'infection bronchique et les vomitifs, par ALBERT ROBIN. (*Médecine moderne*, nº 23, p. 177, 1898). — De même que le meilleur

moyen de réaliser l'antisepsie intestinale est de vider l'intestin à l'aide d'un purgatif, de même le meilleur moyen de diminuer les fermentations bronchiques est aussi de vider les bronches. En d'autres termes, le vomitif est comme agent thérapeutique, aux fermentations et infections bronchiques, ce que le purgatif est aux fermentations et infections intestinales.

Les vomitifs et en particulier l'ipéca combattent efficacement :

1° L'hypérémie pulmonaire au début;

2° La réplétion et l'obstruction des bronches par le pus à une certaine période de la maladie.

Le vomitif est indiqué, même chez les vieillards; on peut l'administrer sans crainte de collapsus ni d'hémorrhagie cérébrale.

G. LYON.

Emploi de la teinture de strophantus dans les affections cardiaques. — (*Klin.-Ther. Wochenschrift*), n° 11 1898. — JACOBAEUS de Copenhague met en garde, en premier lieu, contre les conclusions hâtives en faveur des bons effets du strophantus ou de la digitale, chez les cardiaques : il arrive souvent que des malades surmenés s'améliorent rapidement par le seul repos à l'hôpital. On ne prescrira donc pas ces médicaments si précieux avant de s'être assuré si le repos seul ne suffit pas à obtenir le résultat cherché.

Le strophantus présente le grand avantage de ne pas exercer d'action cumulative, mais peut-on compter sur lui dans les cas graves? L'expérience démontre que l'on ne doit pas négliger l'emploi de ce médicament, et qu'il est très indiqué de le donner alternativement avec la digitale : dans les cas de ce genre, on obtiendra souvent des effets avec des doses relativement faibles de strophantus, les doses correspondantes de digitale se montrant insuffisantes. Cette constatation est importante lorsqu'on se trouve en présence de troubles dyspeptiques causés par la médication : on peut alors utiliser plus facilement le strophantus; en tout cas, lorsqu'il s'agit d'instituer une médication prolongée, le strophantus devra jouer le rôle principal.

En résumé, on peut rencontrer des cas d'asystolie où de petites doses de strophantus agiront mieux que des doses élevées de digitale : l'auteur n'a pu déterminer quels sont les caractères différentiels permettant de reconnaître à l'avance les cas de ce genre, mais il conseille de commencer *toujours* par l'emploi du strophantus, médicament plus maniable et quelquefois plus efficace que la digitale.

L'auteur ne fait aucune mention de l'emploi des alcaloïdes correspondants.

E. VOGT.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Diagnostic et traitement des états neurasthéniques, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Semaine médicale*, n° 16, p. 121. 1898.) — On ne peut guérir ou modifier un état neurasthénique qu'en déterminant avec précision la cause de cet état. Rien de plus dissemblable que l'épuisement nerveux vrai, état accidentel et la neurasthésie constitutionnelle. La thérapeutique qui s'adresse aux diverses symptômes : céphalalgie, vertiges, troubles gastriques, etc. pourra rester la même, mais elle risque fort d'être infructueuse contre l'état morbide lui-même si elle ne vise pas plus haut.

Quelque soit le cas, la thérapeutique sera d'une part, symptomatologique, de l'autre curative.

En premier lieu il faut relever la dépression physique dont souffrent les malades. Sous ce rapport la douche froide en jet brisé sur le tronc et les membres supérieurs, à plein jet sur les membres inférieurs, en épargnant la tête est le meilleur tonique. Pour que la réaction se produise, il faut que le sujet fasse de l'exercice avant et après la douche, qu'il ait fait un repas quelque temps avant.

L'électricité statique est également un excellent moyen de traiter la dépression nerveuse. Le bain statique sans étincelles, avec friction à la boule sur les régions douloureuses, d'une durée de dix à douze minutes, donne de bons résultats.

Chez certains neurasthéniques agités, l'eau froide détermine de l'excitation. Ces malades se trouvent bien de la balnéation tiède, bains à 35° d'une demi heure de durée, répétés trois fois par semaine. Les bains sont préférables aux douches chaudes que l'on utilisera seulement contre les douleurs localisées, la plaque sacrée en particulier.

Contre les phénomènes douloureux, la céphalalgie, l'agitation nerveuse, un remède s'impose, le bromure de potassium, que l'on prescrira surtout le soir au moment du coucher (2 à 3 gr. dans une tasse de tilleul ou de lait sucré avec du sirop de fleurs d'orangers).

Si l'insomnie est rebelle et fatigante, on joindra au bromure quelques prises de sulfonal (un ou deux cachets de 0,50 de sulfonal, 10 ou 15 gouttes de laudanum, 1 ou 2 gr. de chloral), mais il faut être modéré sur le chapitre des hypnotiques proprement dits; ils procurent un sommeil nullement réparateur, à l'inverse de la sédation que donne l'emploi prolongé du Bromure.

Il faut enfin veiller à l'alimentation. Gilles de la Tourette n'admet pas que la neurasthénie puisse être d'origine gastrique, mais il reconnaît l'importance d'un régime alimentaire choisi dans la neurasthénie. L'alimentation calme momentanément les phénomènes neurasthéniques, mais il faut qu'elle soit bien ordonnée, sinon le sujet ne peut faire les frais de sa digestion, et la lutte se traduit par les bouffées de chaleur au visage, les flatulences, les borborygms, etc.

Les malades doivent manger souvent et peu à la fois.

Le matin à huit heures le malade fera un premier déjeuner composé d'un œuf à la coque, d'une croûte de pain bien cuit, d'une tasse de thé noir léger, au lait à parties égales (135-130 gr.). On pourra alterner l'usage des œufs avec celui de la viande froide prise en quantité modérée.

2e Déjeuner vers onze heures : Viande grillées, roties ou braisés (150 gr.) ; poisson ou cervelle bouillie avec sauce au beurre très légère ; légumes secs en purée passée (80 à 100 gr.), surtout haricots, lentilles, pois cassés, fromage blanc frais, 150 gr. de pain bien cuit et un verre à un verre et demi d'eau légèrement rougie ou mieux encore d'eau pure.

Le café ne sera autorisé en quantité modéré que si la tension artérielle est faible, encore ne faut-il pas oublier que cette tension s'exalte facilement. Pour la même raison, la quantité des boissons sera limitée.

Après le repas une promenade d'une demi-heure à trois quarts d'heure de durée sera recommandée.

Le repas de onze heures devra être le repas fondamental, le plus copieux.

Vers quatre heures le neurasthénique fera un goûter composé de biscuits secs légers, un pot de crème au lait et aux œufs (80 gr.) ou de même quantité de fruits cuits en compote ou d'une purée passée de pruneaux cuits à l'eau, s'il existe une habituelle constipation, le tout arrosé d'une tasse de lait.

Le repas de sept heures sera calqué sur celui de onze heures, mais moins copieux : potage au lait, consommé aux œufs, tranche de rôti, fromage frais ou fruit cuit.

En somme l'alimentation n'a rien de très spécial; elle consiste à fournir à l'estomac, en petites quantités assez souvent répétées, des aliments d'une facile assimilation, susceptibles de laisser peu de déchets.

Si pendant la nuit, vers deux ou trois heures, le malade est réveillé par des malaises gastriques, il absorbera une crème légère.

On ne donnera pas plus de 250 à 500 gr, de lait par jour, car en quantité plus considérable il est mal toléré.

Quant au vin, son usage doit être des plus restreints, la boisson habituelle sera de l'eau pure ou additionnée d'une très petite quantité de vin ou mieux d'eau-de-vie.

Pour relever l'appétit on pourra prescrire avant le repas quelques gouttes d'une teinture amère; pour favoriser la digestion, après le repas, une cuillerée à soupe d'élixir de pepsine additionné de phosphate de soude.

Enfin, comme tonique, on donnera le citrate de fer.

On ne donnera pas d'autres médicaments, car il n'est pas de sujets qui supportent plus mal les médications que les neurasthéniques.

Il a déjà été question de l'exercice à prendre après le repas. Les exercices violents ou trop longtemps prolongés seront proscrits. Les voyages seront d'un puissant secours au moment de la convalescence.

Tout en traitant les symptômes, il faut s'adresser à la cause quand on se trouve en présence d'un cas de neurasthénie vraie : imposer l'éloignement des affaires, quand il s'agit de surmenage.

La tâche sera singulièrement plus ardue chez les neurasthéniques constitutionnels. Les accalmies obtenues par le repos, par l'isolement, ne sont que passagères, car on ne peut régénérer un état mental congénitalement faible et déprimé.

Enfin le rôle du médecin sera à peu près impuissant dans le cas d'hystéro-traumatisme.

G. Lyon.

Délire psychique consécutif aux opérations (*Société de chirurgie*, séances du 28 février et 2 mars 1898). — Il nous est impossible de ne pas dire un mot de cette question encore très obscure, sur laquelle M. Picqué vient de faire une communication.

Il existe manifestement, chez de rares sujets, des troubles mentaux consécutifs à des opérations quelconques, même les plus minimes.

Les enfants, les vieillards, les femmes y sont plus prédisposés.

M. Broca ne les croit pas fréquents chez l'enfant cependant.

Mais il faut se garder de confondre le délire post-opératoire vrai, qui est en somme assez rare, avec tous les *faux délires* post-opératoires, d'origine *toxique* : tels sont le délire alcoolique, le délire chloroformique, le délire médicamenteux (iodoforme), le délire septicémique, qui disparaissent avec la cause, quand on a une action sur elles. Les opérations sur l'utérus et les annexes, contrairement à ce qu'on croit, n'y prédisposent nullement. Les seules opérations qui paraissent fréquemment engendrer des états dépressifs, sont les amputations et certaines autres interventions, la castration, la cystostomie sus-pubienne, l'anus contre nature, les fistules vésicales. M. Picqué a vu ces troubles disparaître après la cure des infirmités qui les avaient occasionnés. Quant aux autres prétendues folies, en cherchant bien dans les antécédents, personnels ou héréditaires, on trouve que le plus souvent elles préexistaient à l'acte opératoire.

Aug. Benoit.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL
Ex-préparateur à la Faculté de médecine

Fibrômes pédiculés de l'utérus. (*Société de Chirurgie*, séances du 30 mars et du 6 avril 1898). — Une intéressante discussion s'est engagée devant la Société de Chirurgie à propos de l'observation de M. Buffet, d'Elbeuf, rapportée par M. Lejars et ayant trait à un gros fibrôme de la lèvre postérieure du col. Ce fibrôme, spacélé à la surface, faisait saillie au dehors de la vulve, sous forme d'une grosse tumeur, M. Buffet en fit l'ablation au moyen du thermo-cautère, après avoir mis un serre-nœud sur le pédicule. Une fistule vésico-vaginale se produisit consécutivement à l'opération et fut guérie au bout de quelques semaines.

M. Routier fait connaître à ce propos deux observations analogues. Dans la première il s'agissait d'un gros fibrôme sphacélé et pédiculé, encombrant le vagin chez une vieille fille de 50 ans et provoquant de la fièvre. M. Routier put l'enlever par morcellement. Dans la seconde, la tumeur faisait saillie à la vulve. L'auteur l'arracha par morceaux, et tomba bientôt sur un canal séreux au milieu duquel étaient logés une trompe et un ovaire : il s'agissait donc d'un utérus inversé et fibrômateux.

M. Tuffier fait observer que deux variétés d'accidents peuvent survenir à propos des gros polypes : le sphacèle par gangrène pure, et l'infection suivie de resorption purulente. Dans un cas observé par l'auteur et se rapportant à cette dernière catégorie, il se produisit des signes graves de pyohémie, et, malgré l'hystérectomie totale, pratiquée de suite, la malade succomba.

Quand le fibrôme est polypeux et intra-utérin, il est souvent difficile de l'extraire avec des instruments, en raison de sa friabilité. Il suffit alors de tamponner et de nettoyer la cavité utérine et le plus souvent le polype est expulsé spontanément. Quand le polype est interstitiel ou sous-péritonéal, il peut se sphacéler aussi et donner lieu à des phénomènes infectieux qui en imposent parfois pour un cancer du corps de l'utérus. Dans ces cas, l'hystérectomie s'impose.

M. Potherat fait remarquer que les polypes volumineux de la lèvre postérieure du col sont très rares, et que le plus souvent il s'agit de polypes d'origine intra utérine venant faire saillie entre les lèvres du col. Les polypes peuvent se sphacéler soit en totalité, soit partiellement : le sphacèle peut être d'origine inflammatoire ou ischémique Cette dernière donne des gangrènes plus étendues, mais la première est plus grave, car elle peut provoquer une véritable septicémie. L'ergot de seigle, l'électricité, peuvent favoriser le sphacèle par ischémie, de même que les essais d'extraction à l'aide des pinces. Pour l'ablation de ces polypes sphacélés, l'auteur repousse l'emploi du serre-nœud, de même que celui du forceps, après torsion du pédicule, ces instruments pouvant exposer à des lésions du vagin du périnée. Il donne la préférence au morcellement à l'aide des ciseaux courbes et du bistouri, en complétant l'opération au besoin par l'hystérectomie.

M. Quénu fait remarquer qu'en cas de sphacèle du polype, le plus souvent l'ischémie se complique d'infection et qu'on ne peut dissocier les deux mécanismes. Le plus souvent l'ischémie débute, grâce à la torsion du pédicule ou à la thrombose. M. Pozzi demande qu'on ajoute à ces causes l'élongation du pédicule du polype. Pour lui, il faut, dans le traitement, repousser l'emploi de l'écraseur et du serre-nœud. Il faut attaquer le polype au bistouri, l'évider au besoin. Quand on arrive au pédicule, il faut l'inciser avec les ciseaux à petits coups, en même temps qu'on le tord. Il faut, de plus, ne pas oublier de compléter l'opération par le curettage de l'utérus dont la cavité est toujours infectée en pa-

reil cas; enfin on tamponnera la cavité utérine.

M. Bouilly est également d'avis d'enlever le plus vite possible le polype infecté, soit par morcellement, soit par traction, mais d'une façon absolument complète, car le moindre morceau oublié peut être l'amorce d'accidents nouveaux. Quelquefois le polype sphacélé se complique de métrite, de salpingite. On peut donc être appelé à compléter l'ablation du polype par l'hystérectomie.

R. Blondel.

Traitement médical palliatif des fibrômes. (*Rev. intern. de Méd. et de Chir.* 10 avril 1898. — L. Touvenaint établit que certains fibrômes rares il est vrai, ne donnant lieu à aucun trouble grave, et restant de volume stationnaire, laissent difficilement persuader les malades de la nécessité d'une intervention chirurgicale. Il est hors de doute que celle-ci est la seule solution logique à conseiller: mais il faut compter avec les cas où les malades refusent l'opération même la plus impérieusement indiquée et où cependant le médecin ne peut rester les bras croisés. C'est de ces cas que s'occupe l'auteur.

L'action de l'électricité, pour laquelle il existe une technique bien connue, sera conseillée tout d'abord.

Si l'électricité ne peut être appliquée, faute de l'outillage nécessaire ou de connaissances spéciales du médecin, ou pour toute autre raison, on instituera un traitement palliatif d'après les principes suivants :

Traitement local. — Douches vaginales prises dans la position horizontale, avec deux litres d'eau au minimum, à 42 ou 45°, s'écoulant lentement (5 à 10 minutes de durée).

Bains de siège quotidiens d'une durée de 15 à 20 minutes. L'eau sera additionnée de sel gris ou mieux de sels de Salies de Béarn. La température de l'eau, de 30° à 35° au début, sera graduellement élevée au cours du bain par l'addition d'eau bouillante, jusqu'à la limite de ce que la malade pourra supporter.

Pansements vaginaux au moyen de tampons d'ouate imbibée de glycérine à l'ichtyol (5 à 10 0/0) laissés en place 24 heures au moins et renouvelés 2 fois par semaine.

Traitement général. — Liqueur de Fowler: de 2 à 10 gouttes par jour progressivement en 2 fois, avant les repas.

Contre les douleurs: bromures; lavements de chloral, suppositoires opiacés, teinture de chanvre indien, à la dose de 10 gouttes par jour, de préférence au moment des règles.

Contre les hémorragies utérines, repos au lit, tamponnement en cas de nécessité. A l'intérieur on donnera l'extrait fluide d'Hydrastis canadensis, à la dose de 40 à 100 gouttes en 4 fois, seul ou associé à l'ergotine.

On combattra avec soin la constipation et l'on s'efforcera d'obtenir une garde-robe quotidienne.

Traitement hydro-minéral. — L'action des eaux minérales sera souvent utile à la cure des tumeurs fibreuses. On recommandera donc de faire chaque année une saison à Salies-de-Bearn, à Biarritz, à Salins ou à La Motte-les-Bains.

R. Blondel.

La serothérapie dans les affections septiques post puerpérales (*Médicinskoie Obosrenie*, n° 2. 1898). — Arkhancelsky a employé la sérotherapie chez trois malades dont voici brièvement l'histoire.

I. Femme de 42 ans, enceinte pour la deuxième fois, Version. Infection puerpérale. Trois injections à 10 c. c. de sérum antistreptococcique. Guérison.

II. Femme de 19 ans primipare. Infection puerpérale grave. Traitement ordinaire sans résultat. Température 39°. Même nombre d'injections que dans le premier cas. Guérison.

III. Femme de 26 ans, secondipare. Infection grave. Même nombre d'injections. Amélioration remarquable, suivie de guérison complète.

En se basant sur ces trois cas, l'auteur dit qu'il ne faut pas réduire la sérothérapie des infections post-puerpérales au seul sérum antistreptococcique. Il faut lutter contre d'autres microbes qui se trouvent dans les sécrétions. La sérothérapie rationnelle consiste donc à employer un serum qui exerce une action spécifique sur le microbe qui prédomine dans le cas donné, ou bien dans une combinaison de différents sérums.

Cette opinion trouve une confirmation dans les observations personnelles de l'auteur; en effet, dans les cas ou le serum antistreptococcique était resté sans action, le serum antistaphyloccocique s'était montré efficace.

B. Taft.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Emploi thérapeutique de l'argent métallique soluble. (*Klinisch-ther. Wochenschrift*, n° 14, 1898). — Credé a depuis quelque temps préconisé le lactate et le citrate d'argent comme antiseptiques inoffensifs et très efficaces.

Malheureusement, si l'on injecte sous la peau du lactate d'argent, il se produit des albuminates insolubles dont l'action thérapeutique est nulle. Pour obvier à cet inconvénient, on devra utiliser l'argent métallique, que l'on peut arriver, au moyen de manipulations chimiques, à rendre soluble dans l'eau et les liquides albuminoïdes.

L'argent soluble, qui peut être utilisé sous forme de pommade à 10 0/0, de pilules dosées à 5 0/0 avec addition de sucre de lait et de glycérine, donnerait, paraît-il, d'excellents résultats dans les cas de furonculose, de lymphangite, de phlegmons, d'érysipèle, etc. On peut aussi se servir de l'argent soluble pour saupoudrer des trajets fistuleux, pour insuffler dans l'oreille en cas d'otite moyenne purulente, etc.

E. Vogt.

Scille et saponaires. Etude pharmacologique, par Pouchet. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 193, 15 février 1898). — La famille des liliacess qui fournit un médicament intéressant, le muguet, contient quelques plantes dans lesquelles la présence de saponine est extrêmement répandue.

La scille contient, sinon de la saponine, du moins une substance, la scillitoxine, que quelques-unes de ses propriétés permettent de rapprocher très étroitement du groupe des saponines.

La partie de cette plante utilisée en thérapeutique est le bulbe; il en existe deux variétés, la scille rouge et la scilie blanche.

On trouve dans la scille du mucilage, du lévulose, une dextrine, de l'amidon. Comme principes actifs, elle contient :

1° Un glucoside, la scillaïne ou scilliooxine douée d'une extrême énergie;

2° La scillipicrine, matière résineuse, jaune, plutôt diurétique;

3° La scilline, douée de propriétés émétocathartiques.

La scillitoxine est un poison très violent du myocarde, des muscles et peut-être aussi du système nerveux.

La diurèse déterminée par la scille se produit dans les mêmes circonstances que la duirèse digitalique avec laquelle, du reste, elle présente les plus grandes analogies.

La scille en nature est beaucoup plus diurétique que la scillaïne : ce fait doit être attribué à l'action irritante de la scillipocrine sur l'epithelium renal.

La scille exige, pour son utilisation, l'intégrité de l'appareil digestif. Elle ne s'accumule pas dans l'économie; toutefois son emploi prolongé peut amener des accidents du côté des reins, de l'estomac et de l'intestin.

On utilise la poudre, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 80 (mélangée à du sucre pour diminuer son action irritante); l'extrait alcooliqui possède une activité triple de celle du même poids de poudre; la teinture (2 à 4 gr. en potion); le vin de scille simple ou vin scillitique; le vin de scille ou vin diurétique amer de la Charité.

20 gr. de vin scillitique contiennent les parties solubles de 1 gr. 20 de scille.

20 gr. de vin de la Charité renferment les parties solubles de 0 gr. 07 de scille.

Le vin scillitique est 17 fois plus riche en principes actifs fournis par la scille que le vin de la Charité. Le vin scillitique se donne à la dose de 5 à 20 gr., tandis que la dose de vin de la Charité peut être portée de 50 à 250 gr. par jour.

Les potions à base de teinture de scille ou d'oxymel scillitique jouissent de propriétés dites incisives; la scille, en effet, possède une action mécanique sur les crachats, qu'elle rend moins visqueux, moins adhérents, plus faciles à rejeter.

Les plantes qui contiennent de la saponine sont très nombreuses; elles sont au nombre de 150 au moins.

Au point de vue chimique les saponines sont des glucosides, fournissant du dextrose, lorsqu'on les dédouble.

Ce sont des poisons du système nerveux et du cœur; de plus elles possèdent une action de contact nécrosante et destructive sur tous les éléments vivants. Elles déterminent des hémorrhagies, des ecchymoses de la muqueuse intestinale.

La très grande toxicité de ces substances les rend trop dangereuses pour qu'il soit possible de les employer avantageusement en thérapeutique.

Une plante du groupe, le polygala senega, a des propriétés eupnéques et expectorantes. Bretonneau préconisa l'emploi de la racine de polygala dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. Son ingestion est suivie d'un léger ralentissement du pouls, d'une excitation de la toux et d'une expectoration muqueuse. On l'emploie en décocté, à la dose de 2 à 5 gr. pour 200 gr. d'eau.

Une autre plante à saponine, la quillaia est utilisée en teinture pour la préparation des émulsions de tolu, de cade, de goudron.

Cette dernière plus connue sous le nom de coaltar saponiné, s'obtient en faisant digérer 1 partie de goudron de houille dans 4 parties de teintures de quillaia et en di-

luant avec quatre parties d'eau le mélange précédent.

G. Lyon.

Influence exercée sur la diurèse par divers procédés de thérapeutique balnéaire. (*Klin.-Therapeut. Wochenschrift.* — 20 Mars 1898). Glax a pu reconnaître que l'effet diurétique de l'injection d'eau chaude ne s'exerce pas longtemps : elle ne dépasse pas la durée de l'excitation cardiaque provoquée par la haute température du liquide ingéré : l'eau froide tout au contraire exerce une action diurétique, qui ne s'amende pas avec le temps.

En faut-il conclure qu'en cas de fièvre, on obtiendra avec l'eau froide cet effet diurétique? Non, car l'organisme du fébricitant retient les liquides dans ses tissus ; il en est de même dans les cas de troubles circulatoires donnant naissance à des œdèmes. La diurèse n'est en somme, obtenue que lorsque les vaso-moteurs sont capables de réagir à des excitations minimes, comme cela a lieu dans l'état de santé.

Dans les cas de polyurie, on arrivera souvent à d'excellents résultats en prescrivant l'ingestion d'eau chaude en abondance. Au bout de peu de temps, une diaphorèse marquée s'établit et le chiffre des urines diminue dans de larges proportions. On ne tient pas assez compte de ces résultats dans le traitement du diabète consomptif, par exemple. S'il s'agit d'eaux minérales au lieu d'eau commune, le problème devient plus complexe. En tous cas on n'obtiendra une augmentation de la diurèse capable de modifier des exsudats, qu'à une seule condition : c'est que le muscle cardiaque soit capable d'exercer son activité normale. En donnant de petites quantités d'une eau minérale chargée de principes salins, on provoquera l'accumulation de ces sels dans le sang, d'où appel des liquides intraorganiques, absorption des exsudats et en fin de compte augmentation de la diurèse. Mais si le muscle cardiaque a perdu de son énergie, on ne pourra guère compter sur des résultats bien marqués.

Si l'on veut obtenir chez un fébricitant, une augmentation de la diurèse, c'est au bain froid qu'il faudra s'adresser; si l'eau du bain contient de l'acide carbonique, l'effet sera encore beaucoup plus considérable.

L'auteur attire en dernier lieu l'attention sur l'action trop souvent méconnue des climats humides et froids sur la diurèse. On a grand tort de défendre aux cardiaques le séjour des bords de l'Océan : la diurèse est fortement excitée par les climats de ce genre et nombre de malades pourraient y trouver un grand bénéfice ; on les dirige trop souvent vers les stations méridionales dont le climat sec et chaud agit en diminuant d'une façon notable la diurèse au profit des fonctions de la peau.

E. Vogt.

De l'action combinée des baignades dans la rivière et des bains de sable chauffés par le soleil. (*Wratsch*, n° 8, 1898). — Zoummint a fait des expériences fort intéressantes sur l'action combinée des baignades dans la rivière et des bains de sable sur l'homme sain. Ces expériences ont porté sur 12 individus. On examinait très minutieusement la température générale du corps et la température cutanée, le pouls, et la respiration. On mesurait en outre la sensibilité cutanée (à l'aide du compas de Liveking), sur le front, le thorax, les épaules gauche et droite, les poignets, les jambes et les fesses, ainsi que la force musculaire des deux bras à l'aide du dynamomètre Mathieu.

Chaque baignade durait 15 minutes et était suivie d'un bain de sable. On prenait alternativement deux baignades et deux bains de sable. Le laps de temps total employé était de 1 heure 10 minutes. Le nombre total des baignades et des bains a été de 30.

Voici quels sont les résultats obtenus :

1° La force musculaire augmente ;

2° La sensibilité cutanée augmente ;

3° La température générale du corps, ainsi que celle de la peau baisse ;

4° Le poids du corps augmente ;

5° Le nombre des pulsations diminue, et le pouls devient plus plein ;

6° La respiration ne paraît pas subir de modifications ;

7° Pendant tout le temps que dure la baignade, on a constaté très nettement les phénomènes subjectifs suivants: sensation de force dans tout le corps, sensation de bien-être et de vaillance, augmentation d'appétit, amélioration des fonctions intestinales et du sommeil.

Ces expériences sont d'autant plus intéressantes qu'elles pourraient servir peut-être de base à une thérapeutique nouvelle dans des circontances nettement déterminées.

B. Taft.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

COQUELUCHE (*Suite et fin*).

Médications moins actives que les précédentes, mais pouvant donner quelques bons résultats.

a) Quinine.

Tannate de quinine, préconisé par Binz, en raison de son insipidité ; quatre fois par jour autant de décigrammes que l'enfant compte d'années.

Bichlorhydrate de quinine (Ungar) ; chlorhydo-sulfate; deux ou trois fois par jour faire prendre les doses suivantes :

A 3 mois. . .	0 gr. 05
A 6 mois. . .	0 gr. 10
A 1 an. . . .	0 gr. 12
A 18 mois. . .	0 gr. 20
De 2 a 5 ans .	0 gr, 10 par année d'âge.

En potion :

Bichlorhydrate de quinine. .	2 gr.
Extrait de réglisse.	5 gr.
Sirop de fleur d'oranger. . .	15 gr.
Eau distillée.	80 gr.

(0 gr. 10 environ par cuillerée à café).

En suppositoires :

Chlorhydro-sulfate.	quant. var.
Beurre de cacao.	2 gr.

pour un suppositoire.

En lavement.

Bichlorhydrate . .	q. var.
Eau.	50 gr.

b) Bromure de potassium

0 gr. 50, 1 gr. chez nourrissons ; 2 à 4 gr. de 3 à 10 ans :

Bromure de potassium.	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	200 gr.

Une cuillerée à café de 2 en 2 heures.

c) Oxymel scillitique.

Chez nourrissons 20 à 60 gouttes, dans les 24 heures, par doses égales, dans l'intervalles des tétées.

Chez les enfants plus âgés 20 à 30 grammes, c'est-à-dire environ 4 à 6 cuillerées à café, coup sur coup, entre 5 à 6 h. du soir, le malade demeurant à jeun de 3 à 7 heures.

d) Insufflations intra-nasales de poudres antiseptiques :

Salicylate de bismuth. . .	}
Poudre de benjoin. . . .	} âà 5 gr.
Sulfate de quinine. . . .	1 gr.

(Moizand),

3 insufflations par jour, à l'aide d'une poire en caoutchouc ou d'un tube de verre.

Medications inefficaces ou nuisibles (pouvant provoquer des quintes ou même des spasmes glottiques : Badigeonnages ou insufflations intra-laryngés.

Traitement des principaux symptômes et complications de la deuxième période.

QUINTES. — Faire asseoir l'enfant ; enlever les bouchons muco-purulents qui obstruent l'entrée des voies respiratoires.

Chloroforme en inhalations (quelques gouttes seulement) uniquement dans les cas où les quintes ont une durée anormale; s'en abstenir si la bronchite est intense.

VOMISSEMENTS. — Donner quelques cuillerées à bouche de *café* après chaque quinte.

Le *laudanum de Sydenham* (une goutte après chaque quinte) ou chez les tout jeunes enfants.

L'*élixir parégorique* (I à V gouttes).

L'*acide chlorhydrique* :

Acide chlorhydrique pur.	2 gr.
Sirop de sucre.	200 gr.
Alcoolature de citron. . .	2 gr.

Une cuillerée à café après la quinte,

Veiller à ce que l'enfant n'absorbe pas trop de médicaments, les vomissements répétés chez les coquelucheux étant déterminés souvent par une gastropathie médicamenteuse.

Réduire également l'alimentation, cause d'irritation de la muqueuse gastrique; la limiter pendant quelque temps à l'emploi du laitage, des œufs, de la somatose (deux cuillerées à café par jour, délayé dans du lait).

ULCÉRATION SUBLINGUALE.— Toucher deux fois par jour l'ulcération avec :

Acide borique.	3 gr.
Chlorhydrate de cocaïne. . .	0 gr. 20
Glycérine	20 gr.

(Ne pas employer le borax avec la cocaïne, en collutoire, en raison de l'incompatibilité). attouchements à la teinture d'iode, au crayon de nitrate d'argent mitigé.

PROLAPSUS RECTAL ; hernies.— Bandage en T ; bandages herniaires.

PHÉNOMÈNES CARDIO-VASCULAIRES.— En général, pas d'intervention contre les hémorrhagies; si l'épistaxis est abondante, irriga-

tion d'eau très chaude (45°). tamponnement antérieur,

Si le cœur faiblit, si le pouls est mou, précipité *digitale* pendant trois ou 4 jours (V à XV gouttes de teinture).

PHÉNOMÈNES NERVEUX. — Contre l'agitation, les *bains tièdes* constituent le meilleur traitement ; on peut y joindre le *bromure de potassium*. le *musc* :

Bromure de potassium,. . .	7 gr.
Teinture de musc.	X gouttes
Sirop de fleurs d'orangers. .	20 gr.
Eau distillée..	50 gr.

Une cuillerée à café d'heure en heure.

Contre l'insomnie *trianol* (0 gr. 20, 1 gr. suivant l'âge) ou *chloral* :

Hydrate de chloral..	5 gr.
Sirop de fleurs d'orangers. .	50 gr.
Eau distillée..	100 gr.

2 à 5 cuillerées à café suivant l'âge.

Complications laryngo-broncho-pulmonaires — Contre les spasmes de la glotte. employer les *flagellations du visage*, la *respiration artificielle*, les *tractions rythmées de la langue*, etc.

Contre la bronchite étendue, apyrétique, avec secrétion abondante, employer la *terpine*.

Terpine.	4 gr.
Eau de vie vieille.	40 gr.
Sirop de tolu. . . . . }	
Sirop de bourgeons de pin. . }	âà 100 gr.

Trois à quatre cuillerées à entremets par jour.

S'il existe de la bronchite capillaire ou de la broncho-pneumonie, cesser les médicaments antispasmodiques; prescrire les *bains chauds* à 37 ou 38°, répétés toutes les 3 heures ou même plus souvent suivant les cas; prescrire le *sulfate ou le chlorhydrate de quinine* en suppositoires ou en lavements. l'*alcool* sous forme d'eau de vie 15-30 gr. ou de vin de Malaga 25 à 60 gr. dans un julep gommeux.

En cas de pneumothorax, abstention ; n'évacuer le gaz qu'en cas de dyspnée menaçante.

Traitement de la troisième période ou période de déclin.

Hâter la guérison par le *changement d'air* (séjour à la campagne ou sur un plateau bien abrité ou bien sur une plage du Midi (Arcachon). Remplacer les médicaments antispasmodiques par les balsamiques *terpine, gaïacol*, etc.; si la bronchite traîne. *eaux sulfureuses* (Allevard. Eaux-Bonnes. Saint-Honoré, etc).

S'il existe de la tendance à l'emphysème prescrire l'*arsenic* sous forme d'arséniate de soude en solution (deux à huit milligrammes) ou de liqueur de Fowler (II à VIII gouttes) et l'*iode* sous forme de sirop iodo-tannique.

Compléter le traitement par l'envoi du malade au Mont-Dore.

Chez les malades qui restent anémiés longtemps après la fin de la coqueluche. séjour à la *Bourboule*, à *Royat*.

Surveiller les malades au point de vue de la tuberculose; prescrire chez les sujets suspects la suralimentation. l'usage de l'huile de foie de morue. les frictions sèches, etc.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Les Congrès de l'Exposition universelle de 1900. *Arrêté instituant les Congrès à l'Exposition universelle.* — Le Ministre du Commerce sur la proposition du commissaire général, vient de signer l'arrêté instituant les Congrès internationaux qui auront lieu pendant l'Exposition de 1900. En voici l'organisation générale. Les Congrès sont divisés en douze sections : I. Education et enseignement.— II. Beaux-arts, belles-lettres. histoire, archéologie. — III. Sciences mathématiques (mathématiques, mécanique, astronomie, géodésie). — IV. Sciences physiques et leurs applications (physique, chimie, météorologie, industries physiques et chimiques). — V. Sciences naturelles (géologie, minéralogie, botanique, zoologie, anatomie, physiologie, anthropologie). — VI. Sciences médicales — VII. Mécanique appliquée, génie civil et maritime, moyens de transport.— VIII. Sciences agricoles (agronomie, agriculture, industries agricoles). — IX. Economie politique, législation, statistique. — X. Sciences sociales (économie sociale, hygiène, assistance). — XI. Sciences géographiques (géographie, géographie physique, exploration, colo-

nisation). — XII. Industrie et commerce en général.

Tous ces Congrès sont placés sous le patronage du gouvernement français; mais il est spécifié que ce patronage ne peut, en aucune façon, engager l'administration quant aux opinions émises ou aux résolutions formulées; les sujets religieux et politiques sont aussi formellement interdits.

Douze Comités spéciaux correspondant aux douze sections que nous venons d'énumérer seront chargés d'étudier les questions relatives aux propositions ou demandes de Congrès et d'en préparer l'organisation. Les membres de ces Comités seront nommés par le Ministre du Commerce et de l'Industrie sur la proposition du commissaire général, et ils éliront entre eux, pour chaque Comité, un président, un vice-président et un secrétaire.

Les propositions formulées par les Comités seront transmises à une Commission supérieure chargée de la direction générale des Congrès conjointement avec le directeur général de l'exploitation de l'Exposition universelle. Cette Commission supérieure comprendra un président et trois vice-présidents nommés par le Ministre sur la proposition du commissaire général, est cela en dehors des membres des Comités, toue les présidents et vice-présidents des Congrès, le délégué principal à l'organisation des Congrès; enfin, un secrétaire et un rapporteur désignés par le commissaire général.

Les commissions d'organisation devront soumettre à l'administration, au plus tard, le 1er octobre 1899, le programme des questions soumises aux délibérations des Congrès, ainsi que l'indication des sujets qui doivent faire l'objet des rapports préparés à l'avance, les noms des rapporteurs désignés, l'indication du nombre présumé des séances, de l'époque proposée pour la tenue des Congrès et des locaux demandés pour les réunions.

Telles sont les mesures d'organisation prévues par l'arrêté ministériel. Rappelons que cette organisation sera sous la direction principale de M. Gariel, le savant professeur qui organisa déjà les Congrès de l'Exposition de 1889. De plus, un palais spécial, dans l'enceinte de l'Exposition de 1900, sera réservé aux Congrès et aux conférences qui les accompagneront; on avait regretté, en effet, en 1889, la dissémination des lieux de réunion des Congrès, dont la plupart rduent tenir leurs séances dans Paris, en même temps que les conférences avaient lieu au Trocadéro dans des conditions de local peu satisfaisantes.

Extraction des dents à l'électricité. — Depuis longtemps déjà, nos arracheurs de dents professionnels, se servent de l'électricité comme force motrice, pour actionner la fraise qu'ils manœuvrent dans nos dents cariées, avant de les plomber ou de les aurifier; mais ce ne sont que les tout célèbres dentistes, genre américain, qui se servent de pareilles installations perfectionnées.

Voici un procédé qui permettra à tout amateur d'électricité possédant les appareils les plus rudimentaires, piles et bobines de Ruhmkorff, d'extraire les molaires et les canines qui font souffrir leurs amis et connaissances.

Vous faites tenir par le patient les deux fils principaux de la bobine de Ruhmkorff. Afin d'obtenir le plus d'effet, vous ne mettez pas directement dans les mains de votre ami les deux fils, vous attacherez chacun de ceux-ci à un petit cylindre de cuivre : on a plus de prise et cela tient mieux en mains. Puis, vous réglez le trembleur de la bobine jusqu'au maximum de choc pouvant être supporté par le patient. Ceci fait, avec les deux fils secondaires, vous touchez la dent à arracher, vous placez chacun des fils à une face opposée de la dent et les chocs rapides du courant électrique ont vite fait de déchausser la dent, qui tombe de son alvéole.

La *Revue pratique de l'Electricité*, à laquelle l'*Electricien* emprunte cet entrefilet, conseille à tous ses amis d'essayer ce procédé qu'elle garantit sans douleur, et voici pourquoi : les secousses éprouvées dans le corps vous empêchent de sentir une souffrance à la dent. (L'*Electricien*, p. 32, n· 341, 1897.)

La peur de l'appendicite. — La fureur d'*appendicectomie* qui sévit dans le monde chirurgical à l'heure actuelle, commence à soulever quelques protestations, même dans le corps médical. Voici en quels termes s'exprime *l'Union Médicale du Canada* :

« Il ne faut pas se le dissimuler, certains chirurgiens poussent très loin les conséquences de leurs idées. A une séance du Post Graduate Association, le Dr Douglas a rapporté le fait d'un chirurgien de ses voisins qui avait fait enlever son appendice, celui de sa femme et celui de son bébé, afin de mettre la famille à l'abri des

appendicites. Ce chirurgien a déjà opéré deux cents appendicites, pour sa part. Le public, toujours prêt à souligner les exagérations même les plus scientifiques, commence à s'intéresser au sujet, et l'autre jour un grand journal de Boston racontait l'anecdote suivante. Un individu avait fait imprimer et coudre sur son gilet une affiche ainsi conçue : « On m'a déjà enlevé l'appendice. » Et comme ses amis lui en demandaient la raison: « C'est, dit-il, par crainte de tomber malade sur la rue et d'être conduit à l'hôpital. Dans les cas de ce genre, on ne manque jamais d'enlever l'appendice et vous comprenez que je ne tiens pas à recommencer. »

BIBLIOGRAPHIE

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie, par les Drs Labadie-Lagrave, médecin de la Charité, et Félix Legueu, chirurgien des Hôpitaux. (1 fort volume gr. in-8· de 1250 pages, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. 25 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

La gynécologie a conquis rapidement une place importante dans la pathologie. A ses premières périodes, elle a gardé dans ses études et sa pratique, un caractère exclusivement médical. Puis survint la chirurgie antiseptique; avec elle commence pour la gynécologie une nouvelle phase, féconde en succès et en découvertes intéressantes. Le médecin ne peut cependant se désintéresser de la gynécologie; c'est à lui qu'il appartient de faire le premier diagnostic, de poser de bonne heure les indications thérapeutiques et de saisir le moment opportun où les soins médicaux doivent céder la place au chirurgien ; son intervention est encore nécessaire pour compléter par une thérapeutique appropriée, les résultats et les bénéfices de l'opération. La gynécologie n'est donc ni médicale ni chirurgicale, elle est à la fois l'une et l'autre.

Le *Traité médico-chirurgical de gynécologie* de MM. Labadie-Lagrave et Legueu a pour but de caractériser cette union intime de la médecine et de la chirurgie.

La classification adoptée par les auteurs a pour base la pathologie générale. Dans la partie consacrée à la thérapeutique générale sont décrits : *le traitement hydro-minéral, le traitement thérapeutique des affections gynécologiques*, et les médications nouvelles comme *les injections de solutions salines, l'opothérapie*, etc.

Plusieurs affections jusqu'ici laissées au second plan dans les ouvrages classiques ont paru mériter une description spéciale, telles sont : *la leucoplasie vulvo-vaginale, le krauroris vulvæ, les kystes hydatiques pelviens, l'urétrocèle, la destruction de l'urètre, l'insuffisance urétrale*, etc.

Dans le groupe des Infections, les auteurs ont placé à côté de la blennorhagie, *l'infection puerpérale* qui se retrouve presque toujours à l'origine de l'inflammation de l'utérus et des annexes. Enfin, dans le groupe des Tumeurs, des développements étendus sont donnés *aux tumeurs utéro-placentaires, au môle hydatiforme, à la structure et à la pathogénie des fibromes, aux sarcomes de l'utérus*, etc. Enfin, dans l'étude des opérations, les procédés les plus récents et les plus importants sont seuls exposés, les résultats éloignés sont indiqués, et les indications de ces opérations sont présentées. Les complications communes sont étudiées à part. Enfin, un chapitre important est consacré à l'étude des *Relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire.*

La plupart des figures ont été dessinées d'après des pièces originales et des préparations histologiques dues à l'obligeance de MM. les Drs Pilliet et Marien (de Montréal).

R. Blondel.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, 5e édition. (Chez Rueff et Cie, Paris. Prix : 4 francs cartonné.)

Livret médical, Carnet de santé du Docteur, par le Dr R. Vaucaire. (1 vol. in-12 de 288 pages. Librairie Charpentier et Fasquelle, Paris, 1898.)

Nouvelle Imprimerie, 3 rue Bourdaloue. — Paris. *Le Propriétaire-Gérant*, R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Réorganisation du service de santé militaire. — Le ministre de la guerre vient de déposer à la Chambre, le projet de loi modifiant la composition des cadres des médecins et des pharmaciens militaires.

Aux termes de ce projet, le cadre des médecins militaires, qui ne répond plus aux exigences actuelles, est porté de 1,300 a 1,457 ; mais les 50 médecins stagiaires de l'école d'application du Val-de-Grâce, qui n'y sont pas compris en ce moment, y seront désormais comptés avec le grade de médecin aide-major de 2e classe, sans qu'il en résulte d'ailleurs aucune dépense supplémentaire. Cette mesure permettra de donner aux régiments d'artillerie et du génie le troisième médecin qui leur manque et mettra les officiers du corps de santé, au point de vue de l'avancement, dans des conditions plus en rapport avec l'importance de leurs services.

Le nombre des pharmaciens militaires est ramené de 185 à 115, ce qui est insuffisant pour assurer le service des hôpitaux militaires en temps de paix, et pour faire face aux besoins de la mobilisation, avec le concours des pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale.

Intérêts professionnels. — Nous publions, d'après le *Progrès médical*, la relation suivante d'un fait d'exercice illégal de la médecine par une sage-femme :

« Au tribunal correctionnel des Sables (Vendée), le 10 novembre 1897, l'audience a débuté par une affaire sensationnelle. La nommée X.. , âgée de quarante-quatre ans, sage-femme, était poursuivie pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Quinze témoins avaient été assignés par le ministère public, tous habitants de la commune, venant raconter à l'audience comment ils ont été soignés, eux et leur famille, par la prévenue.

La veuve R..., cultivatrice, a appelé plusieurs fois la sage-femme pour soigner son fils qui est atteint d'une hernie étranglée. L'inculpée ne reconnut pas la gravité du mal dont l'enfant R... était atteint. Après lui avoir appliqué un simple bandage elle lui dit : « Tu peux aller faucher, maintenant, Pierre. » Mais l'état du jeune homme empira rapidement et, au bout de trois jours, le malheureux enfant mourait au milieu des plus cruelles souffrances.

L..., vingt-six ans, domestique, souffrait depuis plusieurs semaines d'un panaris au doigt. Le docteur R... fut appelé en même temps que la sage-femme. Cette dernière osa lui offrir même un bistouri qu'elle possédait, pour inciser le doigt malade; mais notre confrère répondit qu'il avait toujours le sien sur lui. Après le départ du docteur, l'inculpée examina une petite fille de la maison qui se trouvait atteinte d'un abcès sous l'aisselle. Elle perça alors l'abcès au risque de tuer l'enfant, car, de l'avis des médecins, le cas était fort grave et exigeait des connaissances spéciales.

M..., vingt-neuf ans, cultivateur, et R..., vingt-sept ans, cultivatrice, son épouse, ont eu recours à la femme X..., pour soigner leur enfant âgé de six ou sept mois. L'inculpée fit placer sur la figure du petit être un cataplasme de farine de graine de lin : le lendemain, l'enfant était trouvé mort dans son berceau. « Si j'avais su que mon petit était si mal, a déclaré le père à l'audience je me serais empressé d'aller chercher un médecin. »

La prévenue s'est avancée à la barre. Après avoir décliné ses nom, prénoms et qualité, la femme X... a expliqué au tribunal qu'elle n'a jamais exercé la médecine! « Je me suis contentée, dit-elle, de donner des conseils. Chaque fois qu'un malade me paraissait sérieusement atteint, je m'empressais d'inviter les parents à faire venir un médecin. »

M. le Procureur de la République a prononcé un réquisitoire très sévère pour l'inculpée. Il a montré la femme X... se livrant journellement à l'exercice illégal de la médecine.

« Si l'enfant R..., et si l'enfant M. . sont morts, déclare M. le Procureur, c'est la femme X... qui en est cause. Les parents, en effet, avaient une entière confiance en elle, aussi ont-ils eu l'imprudence de ne pas faire venir de médecins. » En terminant, M. le Procureur a réclamé une peine sévère pour la prévenue. Le tribunal s'est retiré alors pour délibérer. Au bout d'une demi-heure, l'audience est reprise et, à la stupéfaction générale, la femme X... a été acquittée purement et simplement.

Nous apprenons que M. le Procureur de la République vient de faire appel de ce jugement extraordinaire! »

Traitement du prolapsus utérin au XVII siècle. — Un peu d'histoire de la médecine (1670). Voici comment Fabrice d'Acquapendente, en un langage qui ne manque point de saveur, décrivait le traitement d'une affection de tous temps reconnue si commune par les gynécologues.

Reproduisons par exemple le chapitre intitulé : *De la chûte de la matrice.*

«La seconde ou (si vous aimez mieux) la première opération qui se fait sur la matrice, c'est en la descente où chute. La matrice tombe et descend quand les ligaments sont relaschez ou destachés par leur haut; et comme cela arrive plus ou moins, aussi descend-elle plus ou moins, de sorte que parfois elle dévalle jusqu'au milieu du col de la matrice, parfois jusqu'à l'orifice de la nature : et même quelquefois elle sort toute dehors de la nature.

«On guérit cette infirmité en faisant tenir la femme dans le lit et dans le repos; comme aussi par des médicamens qui par leur propriété sont contraires à la matrice, lesquels elle hait naturellement, comme sont les mauvaises odeurs, le parfum de l'assa-fætida, ou des vieux souliers, de coton brûlé ou des plumes de perdrix brûlées. Mais le plus souvent toutes ces choses ne servent pas de guères : c'est pourquoi il est besoin d'entreprendre l'opération manuelle, laquelle doit accomplir deux indications : l'une est de remettre en dedans, en la place ordinaire la matrice descendue, l'autre de la conserver là, même l'y ayant remise, et empescher qu'elle ne retombe.

«Quelqu'un peut-être dira que la verge de l'homme est un instrument fort propre à repousser en haut la matrice, mais il n'en est pas ainsi; car la matrice accourt à la verge comme à une chose qu'elle aime, et par ainsi elle descend, au lieu que ce qui la repousse en haut et empesche qu'elle ne retombe en bas, doit être contraire à la propriété et inclination naturelle. C'est pourquoi l'opération qui peut avoir davantage d'effet en ce mal, c'est qu'on prenne une chandelle de cire, de telle grosseur qu'elle puisse entrer sans incommodité dans la vulve, et si longue qu'elle atteigne jusqu'à l'orifice de la matrice; et qu'elle ait à son bout hors de la vulve une base un peu large, et soit attachée avec une bande, de peur qu'elle ne tombe, car par ce moyen la matrice sera repoussée en haut et engardée de rechoir.

«L'opération susdite aura encore plus d'effet si l'on mêle avec la cire de l'assa-fætida que la matrice fuit. Elle sera aussi aidée et fortifiée mettant de bonnes odeurs au nez...»

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS D'UTÉRUS BIPARTITUS

Ayant donné l'illusion d'une perforation au cours d'un curettage.

PAR LE Dr R. BLONDEL,

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Les cas d'utérus bipartitus ne figurent guère dans la littérature médicale qu'à titre de trouvailles d'autopsies ou de laparotomies : cliniquement, ils ont surtout été envisagés jusqu'ici au point de vue du développement de l'œuf ou du siège d'implantation des myomes. Les observations dans lesquelles la bifidité de l'ultérus a pu être constatée au cours d'une métrite sont des plus rares : elles portent plutôt, en général, sur des cas de bipartition complète du canal utéro-vaginal, dans lesquels, à côté d'un vagin d'apparence normale, existait un trajet fistuleux non soupçonné, représentant le second vagin, et dont la présence ne se révéla qu'à l'occasion d'une infection qui en fit le siège d'une inflammation secondaire et distincte.

L'observation qui va suivre m'a mis en présence d'un cas ou l'anomalie anatomique était plus difficile encore à prévoir, en même temps qu'elle m'entraînait vers une fausse interprétation, contre laquelle il sera bon, à l'avenir, de se mettre en garde.

Mme X... se présente le 10 avril 1897 à ma clinique, se plaignant de douleurs de ventre, de règles trop abondantes et de pertes vaginales purulentes.

Elle est âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, et n'a jamais eu ni grossesse ni fausse couche.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu jusqu'à son mariage des époques assez régulières, modérément abondantes, un peu douloureuses, avec phénomènes congestifs et névralgiques assez marqués. Leucorrhée presque permanente.

Les troubles dont elle se plaint ont débuté quelques mois après son mariage et se sont déroulés selon le type classique de l'endométrite blennorrhagique subaiguë. Elle a souffert modérément dans les flancs et le retentissement péritonéal paraît avoir été minime puisqu'elle ne s'est jamais couchée. Ce qui l'inquiète aujourd'hui, c'est l'abondance croissante de ses règles et ses pertes purulentes. Elle a eu, au début, de la pollakiurie avec brûlures à la miction, aujourd'hui disparues.

A l'examen, je trouve les signes habituels de l'endométrite et un empâtement peu marqué du cul-de-sac latéral droit. L'hystéromètre révèle une cavité utérine un peu agrandie; l'orifice interne est élargi, et l'instrument le franchit aisément. La curette explo-

ratrice, introduite à son tour, ramène des râclures épaisses, blanches, fongueuses.

La malade, qui est une pauvre femme de ménage, ne pouvant se prêter à un traitement un peu prolongé, accepte le curettage que je lui propose.

Celui-ci est pratiqué le 15 avril, après dilatation extemporanée aux bougies, l'emploi des laminaires préalables n'étant pas possible puisque la malade ne pouvait interrompre son travail.

Le curettage ne présenta rien d'anormal, jusqu'au moment où, fouillant la corne droite avec la petite curette longue, en boucle, de Doléris, pour détacher les fongosités accumulées devant le débouché de la trompe, je sentis la paroi céder et l'instrument, poussé cependant avec la douceur voulue, pénétrer sans difficulté sur une profondeur qui me parut être d'environ deux ou trois centimètres. Le ressaut de la curette avait été tellement brusque que je ne doutai pas un seul instant que je n'eusse provoqué une perforation utérine. Par prudence, j'arrêtai là l'emploi de la curette, et fis passer aussitôt dans l'utérus, avec la sonde à double courant, sous une pression presque nulle, un litre d'eau bouillie salée à 50°, espérant exciter ainsi la contractilité de l'organe.

La malade fut gardée à la clinique et tenue en observation minutieuse : tout fut disposé pour pratiquer l'hystérectomie à la moindre alerte.

En réalité, la malade n'eut pas même de vomissements chloroformiques et se rétablit avec une telle absence de symptômes alarmants d'aucune sorte, que je la fis lever au bout de huit jours et retourner chez elle.

Pendant quelque temps, son état parut excellent; mais cinq mois après les pertes vaginales reparaissaient et en novembre ses règles revenaient avec une telle abondance qu'il fallut à nouveau intervenir.

Je jugeai, au cas ou une perforation aurait été produite en avril, que la réparation devait être assez complète pour pouvoir introduire la curette à nouveau dans l'utérus sans risquer d'y rencontrer de point faible.

Le 12 novembre, je fis un nouveau curettage, lent, minutieux, en redoublant de circonspection, bien entendu, quand j'arrivai dans la corne droite.

Tout comme la première fois, ma curette rencontra sur le côté de l'organe, au-dessous de l'angle tubaire, un trou dans lequel elle pénétra sans coup férir pour buter bientôt contre un obstacle qui l'arrêta.

Je songeai aussitôt à la possibilité de l'existence d'un diverticule utérin correspondant soit à une perforation latérale conduisant dans le ligament large, soit à la corne atrophiée d'un utérus bipartitus.

Je plaçai une laminaire dans l'utérus et le lendemain je la remplaçai par une éponge volumineuse. Le troisième jour, je pouvais introduire l'index dans la cavité de l'organe. Je pus constater alors l'existence, sur le côté droit de l'utérus, d'une sorte de bride ou plutôt d'arête dirigée d'avant en arrière, accolée à la paroi et sous laquelle je pus glisser un hystéromètre, qui s'enfonça aisément jusqu'à 3 centimètres de profondeur pour s'arrêter sur une paroi résistante. Je remplaçai cet hystéromètre par une laminaire de même taille. Mais je ne parvins à obtenir qu'une dilatation relativement faible, et n'insistai pas outre mesure, ignorant l'épaisseur de la paroi de ce diverticule. Je pus néanmoins y glisser la curette et ramenai de sa cavité des fragments de muqueuse blancs et plus minces que ceux que donnait le raclage de la grande cavité : j'aurais vivement désiré en faire l'examen, malheureusemeni ils n'avaient pas été conservés.

L'éclairage de la cavité utérine pratiqué avec le speculum intra-utérin et la lampe électrique que j'ai fait construire par M. Gaiffe, montra l'existence de l'orifice de la corne sous forme d'une fente allongée peu visible et que, sûrement, on n'aurait pas découvert

si l'on n'avait été prévenu et si l'on n'avait eu d'autre procédé d'examen à sa disposition.

La malade se rétablit rapidement et fut définitivement guérie de ses métrorrhagies et de ses pertes purulentes.

La rareté de l'utérus bipartitus fait que cette simple observation ne saurait avoir une portée bien générale. Il m'a paru intéressant néanmoins de la signaler. Il est à peu près impossible, comme je l'ai dit, de prévoir l'existence d'une semblable disposition : ce n'est donc qu'à l'occasion d'un faux accident semblable à celui qui m'est arrivé que l'on pourra être amené à la constater. Je ne parle pas, bien entendu, de l'utérus légèrement bifurqué, à cornes un peu profondes, que l'on rencontre quelquefois et qui ne présente aucun embarras. J'ai en vue l'*uterus bipartitus* dont une des cornes est développée comme une cavité utérine normale et dont l'autre n'est plus représentée que par un trajet borgne prenant naissance sur le côté, au-dessous de l'angle utérin correspondant, disposition qui crée un accès plus difficile à la trompe de ce côté et une chance de perpétuation de l'inflammation utérine, — quand elle existe, — si l'on ne prend soin de désinfecter cette région. Celle-ci peut constituer, en effet, un dernier refuge pour l'infection, comme le cul-de-sac de l'hypospadias dans la blennorrhagie uréthrale de l'homme (1).

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE

ET

Son action chimique, physiologique et thérapeutique

Par le Dr G. Richard d'Aulnay

Ancien interne de St-Lazare.

(*Fin*)

H. *Blennorrhagie uretro-vésicale.* — Boinet et Trintignan, qui avaient remarqué, les premiers que le bleu de méthylène colorait les microbes de l'urètre et que ceux-ci perdaient rapidement à ce contact une grande partie de leur vitalité, eurent l'idée d'essayer le bleu de méthylène à l'intérieur et en injections urèthrales dans le traitement de la blennorrhagie. Chez plusieurs malades qu'ils traitèrent ainsi, cette médication leur donna des encouragements sérieux. Les doses de bleu qu'ils prescrivirent étaient de 0,50 à 0,75 cent par jour. Puis Ausset, après avoir ensemencé du pus gonococcien de l'urèthre d'un sujet soumis au bleu, et remarqué que le pus ne donnait que des cultures insignifiantes, pour ainsi dire avortées, essaya cette médication. Nous même, en 1892, ayant reconnu que le gonocoque, pris sur le sujet, et ayant subi durant une heure l'action d'une solution de bleu au 1/20, perdait toute vitalité contagieuse, nous avons essayé

(1). Communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, le 21 avril 1898. Cf. La *Gynécologie*, avril 1898.

chez les femmes blennorrhagiques de St-Lazare ce traitement à la dose de 0,50 cent. à 1 gr. par jour et en cachet de 25 cent. Depuis, nous avons traité bon nombre de gonococciens par le bleu de méthylène au moyen de pilules glutineuses de 0,10 cent. et à la dose de 0,50 cent. par jour. Sans pouvoir indiquer des résultats merveilleux, nous pouvons affirmer que, dans la plupart des cas, le bleu a calmé les douleurs uréthro-cystiques, qu'il a diminué, voire tari, l'écoulement, qu'il a augmenté la diurèse et que par conséquent le bleu réussit comme d'autres médicaments dans certains cas donnés, au début et au cours aigu de la gonococcite, mais qu'il n'a aucune influence, (administré de cette façon), lorsque le gonocoque s'est tapi au fond d'une glande intra-urèthrale. De plus, chez le gonococcien déprimé par la durée de son affection, l'administration du bleu est souvent d'un bon secours en faisant renaître l'espérance de la guérison prochaine. Le bleu reste donc, dans tous les cas, quoique l'on pense de sa valeur thérapeutique, un adjuvant d'ordre moral. Depuis, Guttmann, Rose, l'ont essayé et ne s'en sont point trouvé plus mal qu'avec les milliers de médicaments donnés en pareil cas. Seul, William Robinson, qui l'a fait prendre en cachet de 50 cent., ne lui a trouvé que des désagréments et une action thérapeutique nulle. Enfin, Kohmann, dans ces derniers temps, l'a donné dans l'urèthrite aïgue.

B. **Affections nerveuses**. *Migraine.* — Ehrlich, Immerwahr, Benas Levy Schumann, ont trouvé dans le bleu de méthylène un remède très efficace contre la migraine, spécialement dans la forme angiospastique. L'effet de la médication est rapide et, qui plus est, durable. Ils donnent le bleu à la dose de 0,10 cent., quatre fois par jour, en l'associant par parties égales à la noix de muscade pour éviter l'irritation vésicale. En moins de 2 heures, 10 pilules de 0,10 cent. de bleu, calmèrent trois cas de migraines angiospastiques du service de Combemale.

Névralgies. A. *Sciatique.* — Les 4/5 des cas de névralgies sciatiques guérissent avec 0,60 centigr. par jour, pris 6 à 8 jours durant. La sciatique-névrite est souvent influencée par le bleu de méthylène; mais l'amélioration est quelque peu plus longue à venir; la guérison, par contre, est plus difficilement obtenue. La sciatique goutteuse cède très rapidement à cette médication. Ehrlich, Combemale, Brieger, Lemoine, Galliard, Immervahr, ont ainsi obtenu d'excellents résultats contre l'élément douleur.

B. *Névralgies faciales.* — Erlich et Lippmann furent les premiers qui utilisèrent avec succès le bleu contre les névralgies du trijumeau; ils donnaient le bleu à la dose quotidienne de 10 pilules de bleu à 10 centigrammes chaque. Plus tard, Combemale signala, après expériences, des faits précis de guérisons, et Galliard, en niant la plupart les qualités thérapeutiques du bleu de méthylène, n'en reconnut qu'une seule : l'action sédative sur les nerfs. Immerwahr, lui aussi, vanta le bleu contre les névralgies du trijumeau.

C. *Névralgies intercostales. Zona.* — Dans deux cas de zona, traités par Combemale, le bleu fit merveille. Les douleurs, extrêmement vives, cessèrent en l'espace de six jours, avec trois doses de 0,10 cent., et les vésicules d'herpès se desséchèrent rapidement. Puis, Lemoine, Immerwahr, calmèrent à plusieurs reprises les douleurs du zona avec des doses plus ou moins fortes, suivant les sujets.

D. *Névralgie spermatique.* — Domino recommande le bleu de méthylène pour le traitement de la névralgie spermatique. Dans un cas où, après avoir échoué avec tous les narcotiques, on s'était déjà décidé à pratiquer la castration, l'administration de 2 capsules gélatineuses de 0,10 cent. chaque, à 2 heures d'intervalle, atténua les douleurs

qui cessèrent complètement après la prise de 5 capsules. Il n'y eût point de récidive. L'effet du bleu de méthylène s'est manifesté avec le même succès dans deux autres cas de névralgies spermatiques. Dans ces trois cas, il fut impossible de découvrir la cause de la névralgie.

E. *Névralgies utérines, salpyngiennes et ovariennes.* — Dans plusieurs cas de ces névralgies, nous avons réussi à faire disparaître, au moyen d'une dizaine de pilules de bleu de 0,10 cent. par jour, toutes douleurs névralgiques.

Ataxie locomotrice. — Les douleurs qui cèdent le plus vite sous l'action du bleu de méthylène sont les douleurs fulgurantes des membres et les douleurs en ceinture; celles qui résistent le plus sont les douleurs viscérales, surtout celles qui siègent à l'estomac et au rectum. Les douleurs vésicales disparaissent encore assez vite. L'effet du bleu de méthylène est très rapide, et la diminution de la douleur survient deux ou trois heures après que l'urine est colorée en bleu; un autre avantage, c'est qu'il persiste pendant plusieurs jours après que le malade ne prend plus de bleu, et même pendant plusieurs semaines. Erlich, Combemale, Lemoine, n'ont eu qu'à s'en louer dans les accès douloureux. Nous même, nous avons réussi chez un ataxique à douleurs fulgurantes prononcées, à chasser, à la suite d'une médication de 10 pilules quotidiennes de 0,10 cent. chaque et durant 15 jours, les crises lancinantes des jambes et des lombes.

Angine de poitrine. — Lemoine a publié, en 1895, la relation de trois cas d'angine de poitrine, guéris par le bleu de méthylène. Cet auteur pense qu'il est aussi efficace dans les pseudo-angor-pectoris de nature hystérique, que dans l'angine pectorale essentielle.

Céphalées alcooliques. — Combemale et Dupret, puis Immerwahr, ont remporté des succès thérapeutiques avec des doses de 0,50 à 0.70 cent. de bleu dans les cas de céphalées succédant à des excès in baccho.

Rhumatisme douloureux. — Contre les douleurs du rhumatisme articulaire, Immerwahr a obtenu des résultats splendides d'analgésie articulaire.

En résumé, le bleu de méthylène se montre un véritable analgésique dans la plupart des névralgies périphériques, (mais il est impuissant dans les névralgies dues à des lésions des nerfs, surtout lorsque ceux-ci appartiennent à de gros troncs nerveux et surtout à l'axe cérébro-spinal), dans les névralgies hystériques, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les douleurs de la période cachectique de l'ataxie. En plus des simples névralgies, le bleu calme les manifestations douloureuses des névrites alcooliques, des affections osseuses traumatiques, tuberculeuses et syphilitiques, du rhumatisme articulaire subaigu, etc.

Enfin, il agit assez rapidement, et l'on peut en prolonger les effets assez longtemps en en fractionnant les doses.

C. **Troubles trophiques.** *Albuminurie.* — Comme le dit de Villefosse au cours de son article : « A priori, on peut tenir pour suspecte cette action d'un médicament sur un symptôme urinaire qui ressort à tant de causes diverses. »

Pourtant d'après Lemoine, le bleu de méthylène à la dose de 0,50 par 24 heures, paraît avoir une action vraiment remarquable sur l'albuminurie liée aux différentes formes du mal de Bright, soit dans la néphrite parenchymateuse aigue, soit dans le mal de Bright chronique liée à l'artériosclérose. Dans 7 cas où il a employé cette médication, il a obtenu 3 fois la disparition complète de l'albuminurie en peu de jours et 4 fois une amélioration notable et rapide.

Doumer, qui a prescrit 0,10 cent. de bleu par jour dans un cas de mal de Bright chronique et qui en a obtenu la guérison, conclut que le traitement de Netchaieff.

préconisé par Lowenthal pour le mal de Bright aigu, réussit dans la forme chronique.

Mais ce qu'il faut ne point perdre de vue, c'est que les cas d'albuminerie intense doivent être tenus à l'écart de tout traitement intempestif par le bleu de méthylène.

Par contre, Hertz, Beclère, Chantemesse, de Villefosse, qui ont essayé le bleu dans différents cas d'albuminurie, ont toujours constaté son inefficacité.

Diabète glycosurique. — Les remarques chimiques de Ihl, de Le Goff, de Lœwy, de Bremer, de Williamson sur la décoloration du bleu de méthylène en présence de glucose, devaient amener des recherches physiologiques sur la décoloration intra-organique du bleu en présence du glucose diabétique. Plusieurs auteurs, entre autres Voisin, virent en effet que chez les diabétiques le bleu passait décoloré et que la quantité de sucre diminuait en partie. Puis Marie et Le Goff apportèrent l'observation d'un individu qu'ils guérirent complètement au bout de six semaines par l'ingestion quotidienne de 60 ct. à 1 gr. 20 de bleu. Nous-même, nous avons pu suivre 5 cas de diabète où, à la suite de cette médication à la dose moyenne de de 0,50 par jour, le sucre disparut presque complètement. Enfin Estay citait dernièrement deux guérisons complètes, au bout de 4 et 6 semaines de diabète glycosurique, avec l'emploi de 0,50 cent de bleu par jour. Sans pouvoir affirmer d'ores et déjà, la guérison complète du diabète glycosurique en tant que lésion anatomique, on peut constater la disparition du trouble fonctionnel, c'est-à-dire la disparition du glucose dans les urines, ou du moins sa neutralisation. Mais nous pouvons ajouter qu'alors même qu'on n'obtiendrait point la guérison pathogénique du diabète, on devrait s'estimer heureux de pouvoir arriver à la diminution du glucose. Cette diminution, voire cette disparition, ne peut en effet qu'avoir de bons résultats, le sucre se forme aux dépens des matériaux de l'organisme et une fois formé, il vient embarrasser les conduits d'excrétion et de circulation et se déposer sur les parois en provoquant différents accidents, (diabétide génitale, prurit vulvaire, fermentation urinaire, cuisson urèthrale). Donc, l'emploi du bleu dans les cas de diabète glycosurique, en arrêtant la formation du sucre, rend d'immenses services en prévenant les complications subséquentes du passage et de l'élimination du glucose. A ce titre seul, le bleu de méthylène mérite par conséquent la faveur d'être employé dans le diabète.

II. Médication externe. — *Affections microbiennes.* — *Cavité buccale.* — Dans plusieurs cas de stomatite hydragyrique, de stomatite ulcéro-membraneuse, de plaques muqueuses à fonds ulcéreux, nous avons obtenu d'assez bons résultats d'applications énergiques de solution de bleu de méthylène au 10e sur les différentes ulcérations des sinus gingivaux, des parois des joues, des amygdales, et des bords de la langue, en détergeant les ulcérations des produits nécrosés et en amenant une épidermisation en un temps très court.

Heimann (de Hall), rapportait en 1893 à la Société de Médecine de Berlin, un cas de ptyalisme fétide guéri par l'application intra-buccale d'une solution de bleu au 1/000, application qu'il fit faire deux fois par jour pendant trois semaines.

Enfin, récemment un syphiligraphe étranger a signalé la guérison de syphilides buccales par la solution concentrée du bleu de méthylène.

Diphtérie. — Breger, en 1892, commença à vanter le traitement externe de la diphtérie par le bleu de méthylène. Il frottait, avec un tampon d'ouate trempée dans une solution de bleu, la région atteinte, et les tissus se coloraient en bleu foncé. Lorsque la coloration de la fausse membrane disparaissait (2 à 5 heures), il répétait le badigeonnage et il cessait lorsque les fausses membranes avaient disparu. Ordinairement, deux ou trois jours après le début du traitement, la fièvre tombait et les douleurs dis

paraissaient. Inutile d'ajouter qu'avec ce procédé lorsque l'infection est généralisée on n'en peut attendre la guérison. Après lui, Berger et Rose réussirent à enrayer la maladie dans plusieurs cas semblables.

Laryngite tuberculeuse. — La tuberculose laryngée tenta l'activité thérapeutique d'Althen. Là, comme toujours, cet expérimentateur n'eut encore qu'à se louer du bleu. Dans six cas de phtisie laryngée d'origine tuberculeuse, il saupoudrait les parties lésées de poudre de bleu, et chez 4 d'entre eux la toux et les crachats avaient presque cessé au bout de six semaines et chez les deux autres la secrétion était réduite au tiers.

Tumeurs cutanées. — La découverte des coccidies dans les tumeurs épithéliales ou conjonctives malignes attira à son tour l'attention sur l'action microbicide du bleu de méthylène. Ce fut d'abord à Vienne que se firent ces études. Von Mosetig ayant fait à diverses reprises des injections intestitielles de bleu, à 48 heures d'intervalle, vit dans plusieurs cas accélérer la marche du néoplasme. Au bout de plusieurs expériences, il arrêta ses essais. Puis, Lindner ayant, lui, réussi à combattre une tumeur maligne de la face, se mit à chanter les louanges du bleu. Darier obtint, lui aussi, dans des cas de cancroides des guérisons. Du Castel, pour activer l'action du bleu fit précéder l'attouchement du bleu d'une cautérisation à l'acide chromique. C'est ce que fit aussi, après lui, Hallopeau. Et l'on prétendit enfin que c'était l'acide chromique qui procurait tous ces bénéfices.

Plaies. — Woéloffs a échoué dans la guérison des plaies parce qu'il employait une solution trop faible ou un crayon médicamenteux de bleu de méthylène par trop inefficace.

Trajets fistuleux. — Le bleu de méthylène en solution au 1/20 agit sur les parois des fistules, désinfecte les cavités purulentes et aide à tarir les foyers producteurs. Dans un cas de fistule ostéo-pyogénique du fémur, dans un cas de fistule ostéo pyogénique du sacrum, dans un cas de fistule communiquant avec une pleurésie purulente, la guérison au bout d'un temps plus ou moins long (15 jours à 3 mois), était complète. Par contre dans un cas de fistule consécutive à un abcès froid profond du cou on n'a pu constater d'amélioration.

Althen eut, aussi, un succès avec le bleu de méthylène dans un cas de pleurésie purulente.

Prurit vulgaire. — Madden a pu calmer des cas de purit vulvaire avec des badigeonnages de la vulve avec une solution de bleu au 1/10.

1) *Vagin.* — Dans les vaginites purulentes et muco-purulentes, nous avons employé avec succès la solution alcoolico-potassique de bleu au 1/20 suivant le procédé que nous avons jadis indiqué et que nous allons ici même rappeler immédiatement :

Bleu de méthylène	10 gr.
Alcool	15 gr.
Potasse	0,20 cent.
Eau	200 gr.

que nous appliquions de la façon suivante :

La malade atteinte de vaginite purulente est, le premier jour, examinée, passée au speculum bivalve de Collin, nettoyée avec de la ouate hydrophile et de la solution de sublimé au 1/000 ; et malgré les lésions profondes qui peuvent exister, soit sur le col, soit dans les culs-de-sac, nous faisons alors, à l'aide d'un speculum de Fergusson, principalement dans le cul-de-sac postérieur, un pansement avec un ou plusieurs tampons de ouate hydrophile, trempés dans notre solution de bleu. Des tampons secs obturent l'orific du vagin et ferment toute issue à la solution de bleu. Le pansement est ainsi laissé en place deux jours, et il est recommandé à la malade de ne point se faire d'injections ni ablutions. Lès deux jours écoulés, nous retirons tous les tampons et nous faisons un

lavage au sublimé, et suivant le degré d'inflammation, on refait un pansement au bleu. Déjà les douleurs qui pouvaient exister ont presque disparu, mais la coloration intense du vagin met encore obstacle à l'examen. Deux tampons de ouate à la glycérine simple sont alors introduits et renouvelés le lendemain. Le 6e jour, en général, le vagin est décoloré ou à peu près. Il n'y a plus de secrétions et les ulcérations sont déjà légèrement modifiées. La congestion, qui persiste encore, finira par disparaître au bout d'une huitaine de jours, au moyen de pansements vaginaux à la ouate simple, combinés à des injections quotidiennes de sublimé au 1/000

Plaies du périnée. — Nous avons utilisé avec succès, en badigennage, pendant 5 jours consécutifs, la solution aqueuse de bleu de méthylène au 1/20 dans un cas de déchirure du périnée qui avait été contaminée par l'urine, (urine provenant d'une vessie infectée par la sonde de la sage-femme qui avait fait l'accouchement). La cystite de cette femme a, d'ailleurs, été guérie au bout de 7 jours par des injections quotidiennes de cette même solution.

Glande de Bartholin. — Par trois fois nous avons essayé de faire avec une seringue de Pravaz, des injections intra-canaliculaires de solution aqueuse de bleu au 1/20 dans les conduits de la glande de Bartholin atteinte de suppuration gonococcienne, et chaque fois nos essais sont restés infructueux. Une seule fois, l'injection d'une seringue de Pravaz de cette solution ayant été poussée avec difficulté à travers les tissus au sein de la collection purulente, nous vîmes le pus se teinter de bleu, devenir plus fluide, diminuer de quantité et la collection s'enkyster pour finalement se résorber à la longue.

Utérus. A. *Endométrite.* — Althen appliqua le premier avec succès le bleu de méthylène dans les différentes endométrites. Tous les trois jours, ce praticien mettait, dans le canal cervical de l'organe utérin, dès bougies de bleu au vingtième, de temps en temps. aussi il n'avait garde d'oublier les injections et les lavages intra-utérins avec la solution au 1/50. Avec cette pratique, les douleurs furent rapidement calmées et la guérison définitive s'obtint le plus souvent au bout de six semaines.

Nous même, dans plusieurs cas de métrite et d'endométrite purulente (1) nous avons obtenu la désinfection et finalement la disparition de l'écoulement au moyen d'injection intra-utérine de solution aqueuse de bleu de méthylène au 1/20 et de l'application intra-utérine d'une mèche imbibée de cette même solution, procédé dont nous allons donner la technique employée : tout d'abord, le speculum de Fergusson, simple tube de verre uni et qui a par conséquent l'avantage de se nettoyer facilement au contact de l'eau et mieux à l'aide du courant d'un simple robinet d'eau, est introduit dans le vagin. Puis, l'injection intra-utérine de solution aqueuse de bleu au 1/20 est faite avec une seringue en verre d'une contenance de 10 à 20 gr. dont on a soin préalablement de s'assurer de l'étanchéité du piston, et à laquelle on ajoute une sonde molle de caoutchouc rouge de petit calibre à l'extrémité de laquelle on fait des trous, en nombre suffisant, de façon a permettre au liquide colorant d'atteindre en tous points le fond et les parois de l'utérus. Cela fait, on pousse lentement pour ainsi dire goutte à goutte, tous les trois jours environ, 20 gr. de la solution aqueuse de bleu au 1/20 à une température moyenne de 35° environ, alors qu'en même temps on maintient dans le speculum, au bout d'une pince à pansement, un tampon de coton pour absorber l'excès de bleu de méthylène qui s'échappe en plus ou moins grande quantité de l'orifice cervical. En procédant de la sorte, on évite de maculer les tissus organiques du voisinage et les linges de la malade ainsi que les instruments et les mains de l'opérateur. Pour une plus grande imprégnation des tissus par le bleu, on se trouvera

(1) *Journal des Sages-femmes* juin, 1897, Paris.

bien de faire précéder l'injection intra-utérine d'un écouvillage consciencieux de la cavité, écouvillage pratiqué avec de la ouate enroulée sur une pince longuette. Une fois l'injection faite, on introduit dans la cavité cervicale une mèche de gaze ou de ouate, imbibée de la solution aqueuse en ayant soin d'en laisser une portion dépasser l'orifice du col pour en faciliter l'exode lors du pansement suivant. Cette mèche de gaze, comprimée sur les parois du canal cervical, en dilatant les replis de la muqueuse, a un avantage considérable sur les crayons de bleu de méthylène qui flottants, fondent très rapidement à la chaleur et qui, par conséquent, au bout de quelques heures, n'exercent plus d'action. Enfin, pour maintenir le tout et contribuer à l'imprégnation de la muqueuse, on applique dans les culs de sac vaginaux le pansement vaginal avec la solution alcoolico-potassique de bleu de méthylène, que nous avons institué et déjà décrit pour la vaginite.

B. *Cancer utérin.* — Ulmann, ayant eu recours au bleu de méthylène dans les cas de cancer de l'utérus n'eut qu'à s'en louer au point de vue de l'analgésie et de la désinfection des produits ichoreux.

Nous avons employé, dans trois cas de cancer utérin, le bleu de méthylène comme moyen palliatif : antiseptique, désinfectant, microbicide. Après avoir détergé avec une spatule les masses bourgeonnantes, nous avons pratiqué le procédé tinctorial en trois temps : 1° injection de solution aqueuse de bleu de méthylène au 1/20 dans la cavité utérine ; 2° application intra-utérine d'une mèche de gaze imbibée de cette même solution de le u ; et 3° pansement vaginal fait avec la solution alcoolico-potassique de bleu, solution ayant l'avantage par l'alcool de coaguler les albuminoïdes, de les empêcher de se décomposer et de se putréfier, et, par la potasse, de faciliter la diffusion du bleu à travers les tissus, et surtout de colorer activement les noyaux des cellules néoplasiques. Ce traitement n'a point la prétention d'être curatif, car du jour où le diagnostic du cancer est en général fait, l'intoxication par les toxines cancereuses est déjà appréciable. Mais par contre, avec cette manière d'agir : pas d'odeur, pas de propagation néoplasique, par d'écoulement ichoreux. et prolongation de l'existence. Nous ajouterons qu'avant d'utilise e procédé, nous avons fait des injections intra-néoplasiques de solution alcoolique, de bleu de méthylène, mais vu la douleur que ces injections provoquaient, nous y avons renoncé rapidement. L'alcool de la solution employée pour le pansement vaginal suffi amplement à coaguler les albuminoïdes et à faciliter la pénétration tinctoriale à travert ses tissus.

C. *Post-partum utérin.* — Lugéol et Fieux eurent l'idée de combattre les accidents du bost-partum en transportant directement l'action du bleu jusque dans la cavité utérine. Tout en n'espérant point enrayer l'infection septique commencée, ils tentèrent, en imprégnant les débris de caduque ou les lambeaux de membranes, repaire de l'élément morbide, de les détruire et, par conséquent, de les empêcher de lancer leurs produits excrémentitiels dans la circulation; ils eurent de bons résultats en employant la solution que nous avons indiqué en 1893.

A la suite d'un accouchement d'une primipare, chez laquelle il y avait eu rétention de débris de membrane ou de cotylédon, et chez laquelle se dégageait un écoulement hematopurulent répandant une odeur infecte, nous avons tenté, avant de retirer ces débris mécaniquement, de faire des injections intra-utérines de bleu de méthylène, et nous avons réussi après trois injections en 18 heures, à faire disparaître toute odeur, à dissiper la fièvre et à faire évacuer, au dehors des débris inodores. Puis, dans quatre cas où les lochies s'étaient montrées un peu fortes, voire odorantes, avec fièvre légère, nous n'avons pas hésité à pousser dans l'utérus une injection tiède de 20 gram. de solution aqueuse de

bleu au 1/20 à l'aide d'une fine canule intra-utérine en verre et nous avons eu la chance de voir rapidement tout rentrer dans l'ordre.

Voies urinaires. — *Vessie.* — La vessie, par sa forme et par ses fonctions de réservoir, à peu tenté l'énérgie des thérapeutes. La coloration intense du bleu sur les organes, les linges du patient et les mains de l'opérateur semble avoir entrava toute recherche de ce côté.

Depuis 1893 nous avons traité, des cystites douloureuses ou purulentes par des injections de bleu de méthylène au 1/20 et nous pouvons ajouter que de quelque origine qu'elles aient été les cystites purulentes, gonococciennes, tuberculeuses ou puerpérales, furent sinon guéries, dans tous les cas, du moins fortement améliorées. De plus, les cystalgies et les urethro-cystalgies, avec l'aide du bleu pris en pilules ou en cachets, furent calmées assez rapidement, de sorte qu'on peut dire qu'avec les injections intra-vésicales de bleu on guérit les cystites, en faisant disparaître la douleur et en coagulant le pus, qu'un simple lavage fera évacuer.

D'ailleurs voici la technique que nous employons : Chez l'homme ou la femme, indifféremment, on commence par introduire dans l'urèthre une sonde en caoutchouc rouge du n° 15 de la filière Charrière, puis on lave la cavité vésicale avec de l'eau boriquée tiède ; Et une fois la vessie vidée de ses produits morbides, on injecte avec une seringue en verre d'une contenance de 10 c. c. à piston étanche, de la solution aqueuse de bleu de méthylène au 1/20 légèrement tiède, puis on abandonne cette solution dans la vessie en en retirant la soude. On recommande ensuite au patient de remuer le bassin quelques instants et de n'uriner qu'une heure et demie après environ. La solution colore les parois, calme les douleurs, coagule le pus et fait disparaître l'odeur putride du pus. Si l'on veut faire agir le bleu de méthylène sur les glandes prostatiques ou sur toute autre portion de l'urèthre, on retire la sonde une fois introduite dans la vessie de la quantité nécessaire pour que l'extrémité libre atteigne le point désiré, et l'on injecte lentement avec la seringue comme on le ferait pour une instillation.

Urèthre. — Dans certains cas d'urethrite glandulaire, nous avons employé chez l'homme des bougies gélatineuses de bleu au 1/5 et chez la femme des mèches de ouate enroulées sur une tige métallique, imbibées de solution au 1/20 et abandonnées dans l'urèthre jusqu'à la prochaine miction. Sans faire merveille, cette manière de faire paraît avoir contribué, dans une mesure appréciable, à amener la guérison.

V. — POSOLOGIE

1° Comment administre-t-on le bleu de méthylène? — A. Médication interne.

1° *En solutions aqueuses ou alcooliques.* — Mais c'est là un procédé désagréable et surtout répugnant pour le malade. Il se voit la bouche maculée de taches dont la coloration persiste désagréablement. De plus, cette solution de bleu, sans être de mauvais goût est désagréable au palais, elle possède et donne sur la langue une saveur légèrement styptique. Le sirop d'écorces d'oranges amères et de canelle, qui masquent parfaitement la saveur du bleu, faciliteront l'administration aux enfants. Dans le cas où la vue de ce médicament coloré serait par trop pénible au malade, on pourrait le faire prendre dans du café noir avec une paille ou un chalumeau. Enfin, en cas de nécessité d'administration et par obstacle d'ouverture de la bouche (contracture des maxillaires), on pourrait pratiquer une injection stomacale au moyen d'une sonde de Nélaton introduite par les narines jusque dans l'œsophage.

2° *En cachets.* — Le bleu se dissout ainsi dans l'estomac sans maculer les portions supérieures des voies digestives. Mais avec ce procédé, le cachet en voie de progression, surtout au niveau de l'isthme du gosier, peut arriver à se briser et à colorer vivement les parois. Puis, le bleu, possède une action trop intense sur la muqueuse stomacale en irritant les cellules et les terminaisons nerveuses et en colorant les noyaux cellulaires : tous effets se traduisant, les premiers par des troubles gastriques antiperistaltiques et les autres par une diminution des sucs de l'estomac. Or, comme de l'avis de tous, cette action irritante ne persiste pas au-delà de l'estomac, il faut donc employer un procédé d'enrobement qui ne puisse permettre au bleu de ne se dissoudre qu'au niveau de l'intestin.

Plusieurs modes de préparation se proposent d'obtenir ce résultat :

3° *Les capsules gélatineuses formaldehydées* suivant le procédé de Hausmann (1), procédé qui consiste à rendre les capsules gélatineuses insolubles dans le suc gastrique au moyen du formaldehyde. Mais, comme toujours, la gélatine étant très difficile à digérer, doit être rejetée de ce procédé d'enrobement.

4° Les *pilules simples* de bleu, mélangées à de l'extrait de gentiane, de l'hyosciamine, de la noix de muscade, du bromure, etc., ont l'inconvénient des cachets.

5° Les *pilules dragéifiées* sont déjà préférables, mais elles ont l'inconvénient de se dissoudre dans l'estomac.

6° Restent les *capsules glutineuses* ou à enrobement de gluten. — Ces capsules sont de beaucoup supérieures à toutes les autres, car elles évitent tout trouble gastrique. Le gluten résistant au suc gastrique, comme l'on sait, et ne se dissolvant que dans l'intestin, procure de grands avantages dans l'administration et l'absorption du médicament.

MÉDICATION EXTERNE. — B. 1° *En solutions faibles. En injections hypodermiques.* — Ces injections doivent être faites profondément dans le tissu cellulaire et poussées lentement, goutte à goutte. Elles amènent parfois une réaction inflammatoire locale légèrement douloureuse. Les sièges d'injections restent quelquefois très longtemps colorés. Enfin il peut y avoir une très légère extravasation dans les tissus circonvoisins. Ces injections sont faites pour éprouver la perméabilité rénale et dans le voisinage des nerfs atteints de névralgies persistantes.

2° En solutions fortes, aqueuses, éthérées, alcooliques, glycérinées, avec l'eau oxygénée, en injections dans les trajets fistuleux et les orifices, au moyen d'une seringue.

3° En badigeonnages, au moyen d'un pinceau, d'un tampon de ouate.

4° En tamponnement ouaté, dans les cavités vaginales, rectales.

5° En suppositoire, glycérine solidifiée, gélatine, beurre de cacao, dans les cas de cancer du rectum.

6° En application de poudre, sur une plaie gangreneuse, par exemple.

7° Sous forme de gros crayons à 5 0/0 (Stilling) pour toucher les plaies. (Peu efficace).

2° **A quelle dose?** A — MÉDICATION INTERNE — Le bleu, chimiquement pur, doit être pris par petites doses, 0,10 centigrammes chaque fois, par exemple : doses répétées plusieurs fois dans la journée, 4, 6, 8 et 10 fois par jour, autant que possible au moment des repas. Donné en masse ou en grande quantité, le bleu de méthylène irrite l'estomac, la vessie,

(1) *Capsules gélatineuses ne se dissolvant pas dans le suc gastrique.* HAUSSEMANN. — D'après l'auteur, on peut rendre des capsules gélatineuses insolubles en les trempant pendant dix huit minutes dans une solution de formaldéhyde; on les lave ensuite et on les fait sécher. Les capsules ne peuvent alors se dissoudre que dans le suc pancréatique.

l'urèthre et provoque des algies parfois considérables (gastralgie, cystalgie, urethralgie.) Chez certains sujets, par contre, les doses de bleu peuvent être poussées impunément jusqu'à 3 et 4 grammes, mais encore faut-il que cette quantité soit administrée par fractions régulièrement espacées. Il faut savoir aussi que les neurasthéniques, les nerveux, les impressionnables, les porteurs de vessie irritable, les dyspeptiques sont très impressionnables à ce traitement et se rebutent très facilement. La moindre quantité de bleu leur fait éprouver ou une gêne de l'estomac, ou une légère cuisson dans le canal, ou encore quelque tension dans la vessie. Pour leur permettre la tolérance de ce médicament, il est alors bon d'ajouter à la masse méthylénique, soit de la poudre de canelle, soit de la poudre de noix de muscade.

Enfin, nous rappellerons encore que pour éviter toute action irritante sur la muqueuse stomacale, il y a lieu de choisir, comme nous l'avons déjà dit, la forme capsulaire au gluten, corps ayant la propriété de résister à la digestion stomacale et de ne se dissoudre qu'au contact du suc pancréatico-intestinal.

Chez les enfants, la dose totale ne doit pas dépasser 0,30 à 0,40 centigrammes par jours

B.— Médication externe.—En injections hyperdomiques, en solutions aqueuses au 1/20 (0,05 pour 1 c. c. d'eau). En solutions pour les lavages au 1/20. En solutions fortes aqueuses à 1/10. En solutions glycérinées ou alcooliques au 1/20. En solution avec l'eau oxygénée au 1/20. En suppositoire au 1/20. En bougie gélatineuse au 1/20. Les solution. chaudes agissent plus activement. Il en est de même des solutions acides (ac. phénique) et, en certains cas, des solutions alcalines (potasse-vaginite). La quantité et le degré de concentration de la solution à injecter dépend de la dimension de la cavité et du degré de l'inflammation à combattre. L'important est de teindre le plus énergiquement possible les tissus et, par conséqnent, de laisser les solutions de bleu de méthylène aussi longtemps qu'on le pourra, en contact intime avec les épithélium. Dans les trajets fistuleux et les conduits étroits, il sera bon d'user des solutions fortes et de ne les injecter que très lentement.

3° **Quels sont les cas** où l'on a avantage à employer cette médication? — A. — Médication interne. — D'abord, dans tous les cas où les différents auteurs l'ont prôné, comme on l'a vu au cours de cette revue, mais surtout dans l'impaludisme, la blennorrhagie, les névralgies et nous y ajouterons toutes les infections sanguines (rhumatisme compris.)

Le bleu, agissant comme nous l'avons vu, comme microbicide et non comme antitoxique, devra donc surtout être donné au début des maladies microbiennes et non à leur déclin. Dans ces derniers cas pourtant il pourra être utilisé pour éviter les rechutes et les récidives. Bref, sans être une panacée universelle, le bleu pourra être employé avec plus ou moins de succès, suivant les sujets, dans toutes les affections qui infectent le sang, dans les maladies des voies urinaires et du tube digestif.

B. — Comme médication externe on l'emploiera dans les différentes affections des muqueuses, dans les cavités, dans les trajets fistuleux des tissus mous ou osseux, dans les néoplasmes, dans tous les cas où l'on a bénéfice à colorer les noyaux des cellules et à tuer les microbes, etc., (urèthre vagin, utérus, anus, fistule osteo-pyogénique, fistule anale, épithélioma).

4° **Durée de l'administration du bleu de méthylène.**—Combien de temps de suite peut on administrer le bleu? Indéfiniment en principe, et pourvu qu'il ne se produise aucun accident toxique ou d'accumulation du côté des reins ou de l'intestin. Mais pour obtenir les meilleurs résultats, il faut en général tous les huit jours arrêter le traite-

ment, faire une pose et le reprendre avec des doses légèrement plus fortes, et alors que les urines sont devenues incolores, ou mieux, après que les recherches chimiques ne relèvent plus de passage transrénal de bleu décoloré. Cette pratique d'alternatives d'arrêts et de reprises de bleu, donne d'excellents résultats pour les voies urinaires et dans tous les cas où il faut faire intervenir sur les éléments pathogènes une action colorante des plus énergique.

5° **Contre indications au traitement.** — Il faut s'abstenir de bleu de méthylène lorsque l'on veut rechercher l'albumine et surtout la doser. S'abstenir est encore de rigueur lorsqu'il existe une albuminurie intense, une lésion organique du rein et des constipations prononcées, car le bleu de méthylène peut s'accumuler.

6° **Inconvénients du traitement.** — Certains sujets, excessivement rares il est vrai, ne peuvent supporter la moindre quantité de bleu de méthylène même le plus pur. D'autres se plaignent d'avoir à la suite de cette administration médicamenteuse, des vomissements, d'autres des coliques, d'autres de la constipation, d'autres de la diarrhée, d'autres une pesanteur vésicale, d'autres une brûlure ou plutôt une légère cuisson dans le canal urethral, etc. Eh bien ! il ne faut souvent voir que des coïncidences ; néanmoins, il est juste de reconnaître que chez les sujets très nerveux, il peut exister un peu de gêne intestinale et une cuisson fort légère au moment de la miction, cuisson qui disparaît avec l'accoutumance du médicament.

Le désagrément d'avoir, dans le vase de nuit, des urines chargées de bleu est de minee importance. Et ce ne peut être là un ennui et surtout un déshonneur, puisque le bleu de méthylène n'a pas d'action spécifique reconnue et qu'il est employé dans des affections de natures diverses.

Enfin le bleu tache le linge en bleu plus ou moins foncé, teinte qui ne permet point de céler le traitement. De plus, à certains yeux, les taches qu'il fait passent pour être indébiles; il n'en est rien heureusement. Après la première lessive ou tout au plus au deuxième lavage, le linge redevient blanc et n'est pas altéré dans sa texture. Ces divers ennuis ont quelque valeur aux yeux de certaines femmes d'intérieur, aussi faudra-t-il les avertir de ces petits inconvénients passagers, en même temps qu'on les préviendra que leur urine sera colorée en bleu.

Une manière de remédier à cet inconvénient consiste à tendre, par les quatre angles, avec du fil ou des épingles de sûreté, un mouchoir au devant de la chemise, puis, chez la femme, à essuyer avec de la ouate hydrophile les organes génito-urinaires chaque fois qu'elle a uriné, et chez l'homme à uriner en prenant le soin de décallotter et de mettre, aussitôt après, un tampon de ouate entre le prépuce et le gland.

Reste un inconvénient que nous avons constaté chez deux sujets en état de délire c'est la coloration bleutée de la barbe à la suite de transport d'urine provenant de l'urinal, au moyen des mains portées à la figure.

7°. **Médication adjuvante et reconstituante.** — Puisque le bleu de méthylène a une puissance microbicide et analgésiante et par conséquent légèrement toxique pour les tissus qu'il atteint, qu'il anémie ou même dont il atteint la vitalité, on ne saurait trop recommander, suivant les cas, d'ajouter à cette administration du bleu, une médication réconfortante, ferrugineuse, arsenicale, pour pouvoir mettre l'organisme à même de lutter plus favorablement contre toutes les causes déprimantes.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 avril 1898.

M. Fauvont, de Vichy, présente une note au sujet du *traitement des affections digestives par le suc gastrique de chien*. L'auteur possède plusieurs observations de gastro-entérite aiguë, de choléra nostras ayant cédé en quelques heures, malgré la gravité de l'état des malades, à l'emploi de suc gastrique de chien. Mais, c'est surtout dans les affections stomacales que cette médication paraît vouloir rendre de grands services : chez deux médecins, par exemple, qui furent obligés de renoncer à l'exercice de leur profession, à la suite de gastrite chronique, tous les phénomènes graves s'amendèrent, chez l'un au bout de trois, chez l'autre au bout de six mois. Un autre malade chez lequel l'ingestion des aliments provoquait des souffrances atroces, était arrivé à un tel degré de cachexie, malgré tous les traitements suivis, qu'il semblait devoir succomber sous peu. Le traitement par le suc gastrique de chien lui fit gagner 20 kilos en dix mois ; ce malade digère actuellement tous les aliments et il a repris toutes ses occupations. Un autre dyspeptique, qui pesait jadis 90 kilos, était arrivé à 49 kilos au moment où le traitement par le suc gastrique fut institué. Les repas, composés de lait principalement, ne pouvaient être gardés longtemps sans que des phénomènes douloureux de fermentation ne se développassent dans la poche gastrique : le malade, à ce moment, avait recours au tube Faucher, qui ramenait un liquide teinté de sang. Le chimisme stomacal rappelait dans ce cas celui que l'on observe chez les cancéreux avancés. Le traitement par le suc gastrique, mal supporté au début, amena en fin de compte une augmentation de poids de 26 kilos ; la sécrétion gastrique autrefois privée d'acide chlorhydrique libre, en présente aujourd'hui presqu'autant qu'à l'état normal. Un voyage de deux mois en Italie vient d'être facilement supporté par ce patient et n'a produit qu'une perte de 3 kilos, bientôt récupérée, au retour, grâce à une nouvelle administration de suc gastrique. A l'hôpital de Nice, une jeune malade présenta, à la suite d'une fièvre typhoïde légère, des troubles gastro-intestinaux (diarrhées, vomissements), et une telle cachexie que le poids du corps se réduisit à 33 kilos (taille, 1 m. 60). Le suc gastrique produisit, à la première injection, un fait bizarre : la malade qui n'avait plus de sommeil depuis des mois, dormit profondément pendant plus de 12 heures. Actuellement, l'augmentation de poids, après sept semaines de traitement, est de 16 kilos. Un autre malade, qui, après six mois de troubles gastriques, était arrivé au poids de 49 kilos (taille, 1 m. 74), a repris, en un mois de traitement, 3 kilos 200.

La médication ne paraît pas applicable aux cas d'hyperchlorhydrie : dans un cas de cancer, elle provoqua l'apparition de douleurs vives et dut être suspendue.

M. Mathieu trouve ces observations fort intéressantes : il attend la publication du travail, présenté au congrès de Montpellier pour asseoir son jugement définitif. L'action sur la sensibilité est fort curieuse : la motricité est-elle influencée ? Les quantités de suc gastrique qu'il n'est sans doute pas possible de dépasser, en l'administrant à l'intérieur, doivent être inférieures à celles nécessaires pour digérer les aliments que prend un sujet même dyspeptique. Le suc gastrique exerce donc une influence spéciale sur la digestion, en dehors de son pouvoir digestif. Des résultats analogues s'observent du reste avec diverses médications, et la suggestion peut, ici aussi, jouer un certain rôle.

La médication ne serait pas applicable à l'hyperchlorydrie : cette donnée est en contradiction avec les dernières recherches de M. Mathieu, qui a reconnu que l'administration d'acides guérit l'hyperchlorhydrie. Chez un étudiant atteint de ce trouble secrétoire, à l'état latent il est vrai, l'administration de 5 à 10 gr. d'acide lactique par jour ramena à

la normale, en un mois, la sécrétion gastrique. Il va sans dire que la maladie de Reichmann n'est pas justiciable de cette médication.

M. FRÉMONT répond qu'il n'a pas voulu, dans une simple communication, relater toutes les observations détaillées présentées au Congrès de Montpellier. Il administre le suc gastrique de chien au milieu du repas, dans la bière, du lait ou du vin. L'effet le plus immédiat de la médication consiste dans la suppression des douleurs. Dans l'hyperchlorhydrie, les essais n'ont pas été nombreux et devront être repris puisque M. Mathieu a obtenu des succès avec l'administration d'acides. Il est fort difficile de se procurer du suc gastrique de chien, ce qui complique les recherches : en outre, les divers échantillons varient dans des proportions considérables, aussi ne peut-on donner de règles sur la quantité à administrer par jour : chaque suc gastrique doit être étudié à part. L'orateur a donné jusqu'à 500 gr. par jour, les doses minima pour obtenir un effet utile étant de 50 à 60 gr. par jour. En tous cas, on ne peut donner ici de règles fixes : il faut tâtonner. La suggestion n'a guère pu jouer un rôle que chez les deux médecins traités : les autres malades ignoraient à quel médicament ils avaient à faire. Pour les dimensions de l'estomac dilaté, elles ont toujours beaucoup diminué en cours de traitement.

M. GALLOIS présente une note destinée à réfuter les objections formulées contre son travail concernant la *nature et le traitement de la scrofule*. Il est certain qu'un adénoïdien ou scrofuleux ne peut être transformé par l'ablation des adénoïdes, les infections antérieures à l'opération ont eu le temps de produire leur effet, et la muqueuse du naso-pharynx reste ce qu'elle était avant l'opération.

Les signes caractéristiques de l'état scrofuleux, décrit par les auteurs, s'appliquent tous à l'adénoïdien ; quant aux modifications du chimisme organique, que l'on a cru pouvoir attribuer au scrofuleux, ellles ne sont pas jusqu'ici démontrées.

L'orateur ne prétend pas avoir convaincu les adversaires de sa théorie (identité de l'adénoïdien et du scrofuleux) : il demande qu'à partir de ce jour l'attention des observateurs soit attirée sur cette façon d'envisager la question. M. Grancher, avant que Mayer n'ait découvert les végétations adénoïdes, avait du reste déjà attribué les accidents dits scrofuleux à des infections à porte d'entrée pharyngienne. Il va sans dire que par cette porte d'entrée d'autres infections que l'infection par le bacille de Koch peuvent se produire, mais dans la grande majorité des cas c'est ce bacille qui est l'agent nocif provoquant les accidents observés.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement du diabète : état actuel de la question (*Congrès de médecine interne*, Wiesbaden. 13-16 avril 1898) LEO rend compte d'expériences récentes, qui démontrent que lorsqu'on donne à des chiens des solutions de sucre de raisin ayant été soumises à la fermentation, et ne contenant plus trace de sucre, on provoque chez les animaux en expérience une glycosurie marquée, s'accompagnan d'amaigrissement rapide. Il est donc probable que les éléments de la levure donnent naissance, dans l'organisme, à une substance toxique qui produit de la glycosurie : la bière serait en conséquence nuisible au diabétique.

L'orateur recommande une alimentation privée de tout hydrocarbure pendant 3 à 5 semaines, après quoi on permettra à nouveau l'alimentation mixte, mais en se rappelant que l'organisme, privé pendant quelque temps d'hydrocarbure, les assimilera avec une grande d'énergie au début du régime mixte : les analyses faites à ce moment ne seront donc pas probantes et l'on devra, un peu plus tard, faire de nouveaux examens. Les cures d'abstention seront instituées trois fois par an,

Dans les cas graves, l'exercice musculaire actif sera remplacé par le massage. Parmi les nombreux médicaments recommandés jusqu'à ce jour, l'opium seul semble mériter quelque attention, malgré les inconvénients inhérents à son emploi. Peut-être aussi arrivera-t-on à obtenir, en soumettant de la levure à un traitement spécial, une substance qui ne contiendrait plus d'éléments vivants et posséderait la faculté de décomposer le sucre dans l'organisme. L'orateur a fait déjà, dans ce sens, quelques recherches qui paraissent devoir amener sous peu un résultat.

E. VOGT.

Traitement de la diathèse uratique (*Société médicale de Munich* 9 mars 1898). — NEUMAYER, à la suite d'une série de recherches, a pu constater que l'alimentation mixte et le régime lacté permettaient d'obtenir les meilleures conditions de solubilité de l'acide urique dans les urines. L'alimentation exclusive par les hydrocarbures fait monter le taux du phosphate monobasique de soude par rapport au phosphate bibasique, ce qui constitue des conditions de solubilité peu favorables pour l'acide urique. Le vin blanc, la bière produisent les mêmes mauvais résultats; le vin rouge n'offre aucune action nuisible. Chez un individu soumis à l'alimentation mixte l'administration de lysidine, d'urotropine, de bicarbonate de soude ou d'urée, produit une diminution de la quantité d'acide urique non dissous.

E. VOGT.

Guérison d'un goître congénital chez un nourrisson par l'alimentation thyroïdienne de la nourrice, par MOSSÉ et CATHALA. (*Académie de médecine*, 12 Avril 1898). — Un enfant de trois mois, chétif et malingre, porteur d'un goître congénital, était nourri par sa mère qui était elle-même goîtreuse, mais ne présentait aucun signe de myxœdème ni de crétinisme.

La médication thyroïdienne fut pratiquée chez la mère, dans le but de la guérison de son goître et de rechercher en même temps si cette médication aurait un effet favorable sur l'enfant. On prescrivit à la mère deux tablettes de thyroïdine sèche par jour, correspondant environ à 1 gr. 50 de glande thyroïde. Cette dose fut administrée pendant cinq jours consécutifs; le traitement, interrompu pendant quatre ou cinq jours, était repris ensuite de la même façon.

On ne constata aucun symptôme de thyroïdisme ni chez la mère, ni chez l'enfant.

Au bout d'un mois et demi de traitement, le goître de la mère avait légèrement diminué. Chez l'enfant l'amélioration fut bientôt considérable, et quatre mois après le début de la médication, le goître avait complètement disparu et l'état général était devenu florissant

G. LYON.

Traitement de la chloro-anémie par les bains chauds. (*Congrès de médecine interne*, Wiesbaden, 13-16 avril 1898). — ROSIN recommande pour le traitement de la chlorose, des bains à 40° c., d'un quart d'heure de durée, trois fois par semaine; après le bain, affusion froide très courte. Le traitement, appliqué à l'exclusion de tout autre, chez plus de 50 malades, a donné d'excellents résultats.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette communication, ALBU a fait remarquer que l'emploi des bains chauds ou encore des bains de vapeur, ne donne, pas plus que les autres méthodes, de satisfaction lorsqu'on se trouve en présence de cas très graves.

E. VOGT.

L'Albuminurie dans ses rapports avec les traitements hygiéniques et médicamenteux, par M. PETTERUTI. (*Giornale internazionale delle Scienze mediche*, p. 769. octobre 1897.) — Les avis sont encore partagés au sujet du régime à prescrire aux brightiques: même en ce qui concerne le lait, il y a encore désaccord; ainsi Maragliano, considérant la richesse du lait en albumine, ne prescrit que le régime lacté partiel.

Pour apprécier l'influence exacte exercée sur l'élimination de l'albumine par les substances alimentaires ingérées, Petteruti est d'avis qu'il ne faut pas tenir compte de la composition de l'urine émise en vingt-quatre heures, mais seulement de celle qui est émise 4 ou 5 heures après le repas, c'est-à-dire au moment où les principes assimilés pénètrent dans le sang. Aussi a-t-il eu l'idée d'examiner l'urine toutes les quatre heures et de rechercher la quantité d'urine émise dans chaque fraction d'urine recueillie.

Pour déterminer la quantité d'albumine il a noté le poids spécifique (à la température de 15°), d'une quantité d'albumine égale à 50 gr., puis précipité l'albumine au moyen de la chaleur et de l'acide acétique et recherché de nouveau le poids spécifique. La différence entre les deux densités, multipliée par le

facteur 388. donne la quantité d'albumine par litre.

Le premier malade sur qui portèrent les expériences était une femme de 30 ans atteinte de néphrite parenchymateuse chronique, chez qui le procédé d'Esbach permettait de constater l'existence de 7 à 8 grammes d'albumine par litre.

La malade fut d'abord soumise au régime mixte de l'hôpital consistant en 100 gr. de pâtes, cuites dans du bouillon, 70 gr. de viande, 250 gr. de pain blanc, 150 gr. de vin.

Ce repas était administré à midi; à six heures la malade faisait un second repas composé de 100 gr. de pâtes.

Pendant toute la matinée elle restait à jeun. Les analyses d'urine faites pendant cette période montrèrent que l'élimination maxima de l'albumine a toujours lieu entre huit heures du soir et minuit: l'élimination minima a lieu vers onze heures du matin. Ce fait démontre nettement l'influence de l'alimentation sur l'élimination de l'albumine.

Après l'institution du régime lacté absolu, (1200 gr. par jour répartis en quatre doses égales. données à huit heures du matin, midi. quatre heures et huit heures) la même constatation fut faite, en ce qui concerne la répartition de l'albumine aux différentes heures de la journée; quant à la moyenne de l'albumine trouvée à chaque examen, elle fut 24 fois inférieure à un gramme sur 30 examens. alors qu'elle allait à 7,834 pendant la période précédente.

De la diete lactée on passa sans transition au régime carné (450 gr. de viande crue, en trois fois avec 200 gr. de pain). Les trois repas étaient faits à huit heures, midi et six heures; la malade pouvait boire de l'eau à discrétion et gardait le repos au lit. comme dans les cas précédents. Pendant la durée de ce régime la moyenne de l'albumine éliminée quotidiennement se rapprocha de 6.449 et le maximum d'élimination fut observé à huit heures du soir. le minimum à huit heures du matin.

Dans une quatrième période, le régime fut composé de trois tasses de bouillon (données à huit heures, midi et six heures). de deux morceaux de viande bouillie (du poids de 80 gr. chacun) donnés à midi et à six heures, et de 200 gr. de pain, également répartis entre les deux repas. La moyenne de l'albumine éliminée fut de 6.717. par conséquent très voisine de la moyenne précédente. Le minimum d'élimination fut également constaté le matin.

Ultérieurement on substitua au pain les pâtes au beurre (200 gr. de pâtes et 50 gr. de beurre, répartis entre les deux repas) et l'on supprima le bouillon. La moyenne journalière de l'albumine fut de 3 gr. 945, inférieure par conséquent d'un gramme environ à la moyenne précédente.

Donc les pâtes et le beurre sont assez bien tolérés dans les néphrites.

Pendant une sixième période d'expériences, on administra les œufs avec du pain: huit œufs par jour, avec 250 gr. de pain et eau en boisson. La moyenne fut encore plus basse que précédemment, soit 5, 587.

On revint ensuite au premier régime et l'on administra 2 gr. de diurétine par jour, en 4 fois. Moyenne des 24 heures: 6, 979 (moyenne de la première période: 7, 884 par jour).

Le régime restant le même, on substitua la digitale à la diurétine : 1 gr. le premier jour, dans une infusion de 100 gr. d'eau dont on donna une cuillerée à café toutes les heures; diminution de 0 gr. 10 de digitale chaque jour; durée du traitement 5 jours.

Moyenne de l'abumine 4,999; mais le volume de l'urine était notablement diminué (622 au lieu de 920). l'influence de la digitale serait inférieure à celle de la diurétine,

L'administration de l'antipyrine a eu pour effet d'augmenter l'albumine et l'œdème des membres; la moyenne de l'urine est tombée à 537 centigrammes. Enfin l'acide tannique (2 gr. par jour en 4 doses) a eu pour effet de diminuer notablement l'albumine (4 gr.443 par jour.)

Un autre malade, fillette de onze ans, atteinte d'albumine avec anasarque, fut soumise à des expériences analogues:

a) Période de régime lacté absolu (6 jours) moyene de l'urine : 667e, de l'albumine: 5,688.

b) Période de régime mixte (6 jours): variations de l'albumine aux diverses heures du jour; 771e d'urine; 7.63 d'albumine.

c) Même régime. Bains chauds (10 jours). Les bains étaient donnés à 390 Celsius, pendant 20 minutes : enveloppements dans la laine après le bain. Augmentation notable de l'urine 1027e: diminution de l'albumide 6,10: augmentation de l'urée.

d) La tannalbine a déterminé une augmentation de l'urine (1200e) et une augmentation de l'albumine (6,773).

e) L'antipyrine a amené une diminution de l'urine (896) et une légère diminution de l'albumine (5,690).

f) Enfin l'iodure de potassium (8 jours)

a ramené une légère diurése, 1063 et le taux de l'albumine à 3,43.

Une troisième malade a fait l'objet de recherches analogues aux précédentes.

Voici les conclusions de Pelterutti:

1°) L'élimination de l'albumine chez les brightiques présente un minimum et un maximum diurne. Le minimum a lieu le matin, le maximum à la fin de la journée. Ces variations sont étroitement liées à l'alimentation; avec le repos de l'estomac coïncide la diminution de l'albumine, avec les dernières heures de la digestion, l'augmentation.

2°) La quantité de l'albumine est en rapport direct avec la quantité d'urine.

3°) La diarrhée détermine l'augmentation de l'albumine et celle-ci se maintient quelque temps encore après la cessation de la diarrhée .

4°) Le régime lacté absolu, quand il est bien supporté, est le régime qui convient le mieux aux malades atteints de néphrit-parenchymateuse chronique. Sous son influe ence, l'albumine décroît sans que l'urine diminue, et l'élimination de l'albumine de vient plus uniforme.

5° Le régime des viandes rôties est le plus nuisible aux brightiques.

6°) Celui des viandes bouillies, des bouillons légers et des féculents, n'aggrave pas l'état du rein, bien que les variations de l'albumine soient plus accentuées et qu'il y ait un plus grand écart, entre le maximun et le minimun de l'élimination.

7°) Les légumes verts, probablement à cause des sels de potasse qu'ils contiennent, augmentent légèrement l'albumine.

8°) Les œufs n'ont pas d'influence nocive.

9°) Les bains chauds favorisent un peu la diurèse, mais influencent peu l'albuminnrie.

10°) La digitale n'augmente que très peu l'urine, et ne diminue l'albumine qu'en de très faibles proportions.

11°) La diurétine augmente l'urine, diminue sensiblement l'albumine; il en est de même de l'iodure de potassium, qui cependant exerce peu d'action sur le volume de l'urine.

12° L'acide tannique diminue un peu l'albumine, mais diminue l'urine.

13°) L'antipyrine diminue l'urine et augmente parfois l'albumine.

14°) Enfin la tannalbine augmente l'urine, diminue l'albumine, probablement en raison de son action antifermentescible, sur l'intestin.

G. Lyon,

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

De l'asepsie chirurgicale; des gants en chirurgie. (*27e Congrès de la Société allemande de chirurgie*, 13 Avril 1898). — M. Mikulicz expose les efforts qu'il a faits pour réaliser l'aseptie du champ opératoire, ainsi que celle des mains du chirurgien et de l'air des salles d'opérations. La question de la stérilisation des pièces de pansements est laissée tout à fait en dehors, comme résolue à l'heure actuelle. On sait que Lister avait signalé comme une des principales sources d'infection, l'atmosphère opératoire elle-même. Les expériences de M. Flügge viennent de montrer que les germes infectieux se trouvent dans l'air soit sous forme de poussières, soit en suspension dans des gouttes microscopiques de liquide. Ce sont ces derniers germes qu'il faudrait surtout éviter, car ils proviennent de l'air expiré par les assistants et présentent un réel danger, puisqu'on y trouve une forme virulente de staphylocoque doré, qui se trouve d'ailleurs à l'état constant dans la cavité buccale de 1 sujet sur 3 (Flügge). L'orateur en déduit qu'il faut conserver le silence pendant les opérations. En outre, il a pour son propre compte, adopté l'usage d'un masque très léger, semblable au masque à chloroforme et qui se fixe aux oreilles, comme des lunettes L'aseptie opératoire absolue n'étant pour ainsi dire pas réalisable dans certaines parties du corps, M. Mickulicz conseille de protéger la suture cutanée par une pâte désinfectante telle que la pâte à l'airol ou la pâte à l'oxyde de zinc. La désinfection des mains ne porte, avec les moyens actuels, que sur les couches superficielles de l'épiderme; elle est en outre de courte durée, ce qui nécessite un renouvellement fréquent. Les gants, de quelque nature qu'ils soient, prolongent cette désinfection. Mais il n'en existe pas de parfaits. Aussi l'auteur s'astreint-il, sur le conseil de Roux (de Lausanne), à badigeonner la dernière phalange de ses doigts avec de la teinture d'iode (!) avant de passer des gants de fil.

M. Landerer (de Stuttgard) reconnaît qu'il faut s'efforcer d'éviter les infections, même les plus légères. Mais il tient à réagir contre le pessimisme chirurgical, en faisant observer que d'énormes progrès ont été réalisés et que l'on n'observe presque plus d'élévation

de température à la suite des opérations. Tout se borne à la formation de fistules insignifiantes, qui se ferment aussitôt que l'on a enlevé le fil qui les occasionnait. Les compresses *au formol*, en application prolongée, lui ont donné l'aseptie complète du champ opératoire. Pour les mains, le lavage à l'eau chaude, au savon et à l'alcool, lui a toujours permis d'obtenir les meilleurs résultats. Mais il faut, dit-il, plonger souvent les mains dans l'eau stérilisée au cours des opérations. Les *pansements secs* sont, à son dire, plus fréquemment aseptiques que les pansements humides. Mais les couches profondes du pansement, appliquées sur la peau, se chargent de germes dès que le pansement devient humide. Il est donc nécessaire de le changer en temps utile. Les remarques de M. Mickulicz sont justes, en ce qui concerne l'air expiré par les opérateurs.

M Heidenhain de (Worms), a vu un exemple de péritonite septique survenue après une ovariotomie très simple. Son assistant, ainsi qu'il l'apprit plus tard, était atteint d'une bronchite grippale. Les *gants d'opération*, destinés à augmenter l'aseptie de l'opérateur, doivent être assez légers pour ne pas le gêner dans ses mouvements. Mais ils doivent aussi préserver les mains des contacts infectieux. Aussi, les gants de fil, de tricot, sont-ils plutôt d'un emploi dangereux, car ils retiennent dans leurs mailles une grande quantité de germes (Doderlein, de Tubingue). Les plus rationnels seraient les gants de soie recouverts d'une mince couche de caoutchouc, que propose M. Perthes (de Leipzig), ou les gants de caoutchouc ordinaire, suffisamment fins. Mais de nombreux chirurgiens se déclarent opposés à l'emploi des gants, car les expériences prouvent que la désinfection à l'alcool produit un durcissement superficiel de l'épiderme, qui dure assez longtemps pour que les germes contenus dans les couches profondes n'aient pas le temps d'apparaître à la surface.

Aug. Benoit.

De la péritonite chronique non tuberculeuse, par M. Riedel. (27e *Congrès de la Société allemande de chirurgie*). — Encore mal connue, cette maladie produit des désordres qui intéressent directement le chirurgien. En effet, dans les cas anciens, il se forme des cicatrices rétractiles blanchâtres dans certaines parties du mésentère, qui ont pour effet de produire des coudures de l'intestin, particulièrement de l's iliaque et des *ptoses du rein droit*. Les premières sont du domaine de la médecine; ces cas d'iléus cèdent assez facilement à la médication interne. Quant aux dislocations du rein droit, elles se compliquent généralement de déplacement concomitant du duodenum et donnent naissance à une tumeur qui paraît d'origine biliaire, d'autant qu'il y a ictère dans bien des cas. Si le rein descend plus bas, accolé au duodénum, c'est à la périty phlite que l'on croit avoir affaire. Mais l'intervention, qui consiste à fixer le rein à sa place normale, fait disparaître tous les troubles. Les signes gastriques qui accompagnent cette ptose, l'amaigrissement, etc., en imposent souvent pour un néoplasme malin.

Aug. Benoit.

Traitement des ulcères chroniques par l'airol (*Wratsch*. no 46, 1897). — Ostrowky a employé l'airol dans le traitement des ulcères chroniques, et en se basant sur les résultats obtenus formule les conclusions suivantes;

1o Là où la cicatrisation doit se faire par la formation des tissus granuleux, l'airol peut, avec succès, remplacer l'iodoforme; exerçant la même action que ce dernier, l'airol n'irrite nullement la surface ulcérée et ne provoque aucun accident, et cela même après un usage assez prolongé (40 jours).

2o L'airol est bien indiqué dans les cas où s'on se trouve en présence d'une surface luppurée en diminuant la secretion, il exerce en même temps une action siccative, grâce au bismuth qu'il contient.

3o Agissant comme l'iodoforme par l'iode qui se dégage, l'airol fait disparaître l'odeur et favorise le détergement des tissus morifiés.

4o Par son action sur les microbes, l'airol est préférable à l'iodoforme pour le traitement de surfaces suppurées.

5o Enfin, l'airol présente encore ces deux avantages; il n'a pas d'odeur et il n'est pas toxique. En somme, le travail d'Ostrowsky confirme, comme nous le voyons, sur bien des points, les travaux faits précédemment sur ce succédané de l'iodoforme.

B. Taft.

État bactériologique des plaies dans les opérations aseptiques et antiseptiques. (*Medicinskoie Obosrenie*, no 2, 1898). — En se basant sur des expériences très minutieuses pratiquées sur des animaux Roguinski arrive à formuler les conclusions suivantes :

[illegible] l'asepsie ne garantit [illegible] de la plaie, et il [illegible] est la méthode qui [illegible]

2° Dans les opérations sur des tissus sains [illegible] abandonner complètement l'antisepsie, [illegible] elle ne rapproche pas plus la plaie de l'idéal [illegible] l'asepsie.

3° C'est l'air qui constitue l'obstacle presque [illegible] cible à l'obtention une plaie parfaitement [illegible] rilisée.

4° Dans la cicatrisation par première intention, la plaie peut receler des saprophytes et [illegible] microbes pathogènes. On peut aussi y [illegible] trer le straphylocoque, aureus et albus.

5° La plaie est souvent infectée par des cocci [illegible] du reste, la peau représente en général [illegible] ce d'infection, car les microbes y sont [illegible] fondément, ce qui fait qu'on arrive [illegible] ent à les enlever.

6° De façon, la stérilisation absolue est [illegible] à obtenir; mais, d'autre part, cette [illegible] on absolue ne constitue pas une [illegible] *sine qua non* pour l'évolution ré[illegible] la cicatrisation de la plaie. Si la [illegible] microbes qui se trouvent dans la [illegible] pas considérable, les complications [illegible] pas se produire, l'organisme pou[illegible] parier à des conditions défavorables [illegible] une source de forces vitales très

B. TAFT.

[illegible]esthésie locale en chirurgie. (*27.[illegible] société all.*) — M. HACKENBRUCH (de [illegible] a arrêté son choix sur l'emploi [illegible]on renfermant 0.50 0/0 de cocaïne [illegible]eucaïne; l'injection de ce mélange [illegible] aussi douloureuse que celle de l'eu[illegible] et elle est moins toxique que celle [illegible]tion de cocaïne d'une puissance [illegible]e égale. En ligaturant les doigts et [illegible] puis en faisant deux injections en [illegible]nts opposés, situés au-delà de la [illegible] on peut opérer sans nulle douleur. [illegible] la veine saphène, de même que pour [illegible] tumeurs et les abcès, l'orateur se [illegible] le procédé de Reclus, c'est-à-dire des [illegible]ions intradermiques sur le trajet du [illegible]art, ou circonscrivant en losange la sur[illegible] à opérer. Mais, avec M. BRAUN (de [illegible]), et RUBINSTEIN (de Berlin), il est d'avis [illegible] on doit, s'il s'agit d'opérations plus étendues, abandonner la méthode de Reclus pour celle de Schleich, ou *anesthésie par infiltration*, qui consiste à porter dans la profondeur des tissus une solution très faible de cocaïne [illegible]N (de Breslau), a pu ainsi exécuter sans difficulté des résections du pylore, des gastro-entérostomies, des résections de l'intestin, des opérations de goitre.

Le malade ne doit pas être opéré à jeun et doit rester couché encore un certain temps après avoir subi l'opération, si l'on veut éviter tout accident Cette méthode est contre-indiquée dans l'ablation des néoplasmes et dans le traitement des suppurations diffuses, à cause de la consistance uniforme qu'elle donne aux tissus. En dehors de ces cas, c'est la méthode de choix pour les chirurgiens allemands

AUG. BENOIT.

Epithélioma du larynx. Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable par le procédé Périer. Guerison. (*Société de chirurgie de Paris*. Séance du 20 avril 1898) par M. le Pr THOMAS JONNESCO (de Bucarest). — Il s'agit d'un homme de 45 ans, porteur d'un épithéliome du larynx occupant l'épiglotte et la partie supérieure du larynx. Début de l'affection il y a six mois : enrouement, gêne de la déglutition, voix rauque, douleurs continuelles au niveau du larynx. Larynx augmenté de dimension, douloureux à la pression, mobile, pas de ganglions. Etat général relativement bon. Opération le 8 décembre 1897. Laryngectomie totale suivant le procédé Périer.

La masse enlevée comprend le larynx avec l'épiglotte et la plus grande partie de l'os hyoïde, et le lobe droit du corps thyroïde qui adhérait extérieurement au larynx. Section des tissus au bistouri. Suture immédiate de la trachée aux lèvres de la plaie, et suture de cette dernière réservant un orifice pharyngien dans l'extrémité supérieure de la plaie. Suites opératoires des plus simples. — L'orifice pharyngien trop large est rétréci par deux interventions ultérieures.

La nutrition est assurée d'abord par une sonde de Nélaton à demeure, introduite par une narine; puis par un tube large muni d'un entonnoir et qu'on introduit à chaque repas par l'orifice pharyngien; une fois cet orifice rétréci le malade mange par la bouche en obstruant lui-même son orifice pharyngien. A l'aide du larynx artificiel Périer-Aubry, le malade peut parfaitement et distinctement se faire comprendre.

Le 29 mars, il retourne chez lui en très bon état, sans trace de récidive, et se servant pour s'exprimer tantôt du larynx artificiel de Périer-Aubry, tantôt d'un appareil plus simple composé d'une canule à trachéotomie ayant à sa partie convexe extra-trachéale

un orifice supplémentaire auquel il est adapté un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité est engagée dans la bouche par l'orifice pharyngien réservé.

L'examen microscopique de la pièce a montré l'existence d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques, occupant la partie supérieure du larynx jusqu'au ventricule de Morgagni.

R. BLONDEL.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

De l'hyperchlorhydrie par saturation alcaline par M. HAYEM (*Société médicale des Hôpitaux*, 15 avril 1898). — L'usage habituel des purgatifs faibles, dits laxatifs, tels que la rhubarbe, la podophylle, la cascara sagrada, produit de l'hyperchlorhydrie. Quant aux alcalins et notamment au bicarbonate de soude, leur emploi à doses élevées et suffisamment prolongées peut déterminer chez certains sujets la plus forte hyperchlorhydrie qu'on puisse observer.

Les alcalins agissent plutôt par absorption que par effet topique, et, par suite, les eaux minérales, qui en facilitent l'absorption, sont peut-être plus nocives encore que le bicarbonate en nature, bien que la dose de celui-ci prise par les malades soit généralement très supérieure à celle que renferment les eaux minérales, même lorsqu'elles sont employées très largement.

L'hyperchlorhydrie paraît donc être la conséquence, plutôt de l'élimination du sel alcalin que de son effet direct sur l'appareil glandulaire, mais il est nécessaire, pour que les alcalins produisent de l'hyperchlorhydrie, que la muqueuse stomacale renferme des glandes nombreuses et actives. De là résulte qu'un semblable effet ne peut être observé que chez certains malades.

Chez les sujets dont la muqueuse gastrique est dégénérée ou atrophiée, et par suite dont le suc stomacal donne un type hypopeptique, l'usage des alcalins, loin de produire un relèvement du type chimique avec tendance à l'hyperchlorhydrie, amène une dépression pouvant aller jusqu'à l'apepsie.

En somme, les alcalins tendent toujours à exagérer le type chimique primitif.

G. LYON.

Technique de l'extirpation du cancer stomacal (*27e Congrès de la S. All. de chir.* 1898). — M. DOYEN (de Paris) fait connaître sa technique actuelle pour les résections du pylore. Il place de part et d'autre de la tumeur ses pinces à écrasement qui laissent la tunique cancéreuse intacte et ferme complètement l'estomac et le duodénum, une fois la tumeur sectionnée, au moyen d'une suture en bourse, suivie de la cautérisation du moignon au thermo-cautère. Puis il fait la gastro-entérostomie en Y suivant la méthode de Roux. Sur 66 cas de cancer opérés, il a eu 20 morts. M. MICKULICZ pense qu'il faut surtout soigner l'extirpation des *ganglions de la petite courbure* qui remontent vers l'œsophage. Mais il faut aussi explorer les ganglions du second groupe, qui suivent la grande courbure, ceux qui sont logés dans le grand épiploon, entre l'estomac et le colon transverse, et dont l'extirpation oblige souvent à réséquer le colon lui-même, pour éviter la gangrène, enfin, ceux qui sont logés vers la tête du pancréas.

Pour ces derniers, si l'on est obligé d'enlever un peu de la substance du pancréas, on doit se garder de lier l'artère splénique et surtout le canal cholédoque. Enfin, pour les hésitants, nous signalerons la communication de M. von HACKER (d'Innsbruck), lequel a connaissance d'un cas de cancer de l'estomac opéré à la clinique de Billroth et qui demeure sans récidive jusqu'à ce jour, après huit ans. Sur 9 cas personnels, M. von Hacker a eu un seul décès et compte une guérison qui se maintient depuis 6 ans. Ce malade avait cependant des infiltrations carcinomateuses du péritoine et, chez lui, la nature maligne du néoplasme a été démontrée par le microscope.

AUG. BENOIT.

Extirpation de l'estomac. Régénération de cet organe. (*27e Congrès Société all. de chirurgie*). M. KRONLEIN (de Zurich), annonce d'abord que la malade à laquelle M. Schlatter a fait l'extirpation totale de l'estomac (cas que nous avons analysé récemment), se porte fort bien et digère normalement, au bout d'un an. La composition des matières fécales est normale. C'est une réponse victorieuse aux détracteurs de cette intervention. Personnellement, M. Kronlein apporte au congrès les résultats éloignés de sa chirurgie stomacale. Sur 21 résections du pylore, il a perdu 5 malades des suites de l'opération, dont 3 sur les 4 premières et 2 seulement sur les 17 dernières, à cause, dit-il, de l'emploi de l'éthérisation et grâce aux perfectionnements des sutures. Sur les 16 ma-

lades guéris, 2 ont succombé plus tard à des maladies intercurrentes et 8 à la récidive. Les malades morts de récidive ont eu une moyenne de survie de 507 jours. Six de ses malades sont donc encore vivants, sur lesquels 2 ont été opérés il y a 4 ans et 4 il y a un an. — M. SCHUCHARDT (de Stettin) fait remarquer que les cancers diffus ou en nappe sont les plus faciles à opérer, vu la mobilité de l'organe qui n'a pas d'adhérences par ulcération avec les organes voisins. C'est ainsi qu'il a été amené à enlever la presque totalité de l'estomac chez un malade; il réunit le peu qui restait de la région du cardia au duodénum. Le malade présentait, au moment de l'opération, des infiltrations de la séreuse pariétale d'aspect nettement cancéreux. Cela ne l'empêcha pas de survivre deux ans, avant de succomber à une pleurésie cancéreuse. Or, à l'autopsie, on constata que les foyers néoplasiques péritonéaux avaient disparu et que la capacité de l'estomac atteignait presque le volume normal, *celui-ci s'étant reconstitué aux dépens de ce qui restait du cardia.* Il n'y avait pas de récidive locale. M. CZERNY, à la clinique d'Heidelberg compte une guérison définitive pour résection partielle, depuis 7 ans et demi.

AUG. BENOIT.

De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité, par PINARD. (*Académie de médecine,* 22 mars 1898). — Depuis la publication de Munde (1894), de nombreuses observations de cas d'appendicite pendant la grossesse ont été publiées.

L'appendicite peut compliquer la puerpéralité dans toutes ses périodes : soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches.

L'appendicite, survenant pendant la grossesse, interrompt souvent celle-ci et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère; en effet, les fœtus viables sont souvent expulsés morts ou meurent fréquemment de septicémie au bout de quelques jours.

En ce qui concerne le traitement, Munde, en 1896, exprimait l'avis qu'il faut traiter l'appendicite sans se préoccuper de la grossesse.

Sur 30 cas opérés, la mortalité maternelle a été de 10, soit 33 0/0; la mortalité infantile de 11, soit 36 0/0.

G. LYON.

Larves vivantes de mouches dans l'estomac humain. (*Deutsche med. Wochenschrift,* n° 12, 1898). — BACHMANN a observé un dyspeptique qui, pendant quelque temps, ne supportait que la viande crue hachée : le 2 août 1897, ce malade vomit une centaine de larves mélangées à de la bile et à des mucosités. Bachmann ordonna la potion suivante : Infusion de poudre insecticide de Perse, 5 gr. pour 180 gr. d'eau, sirop d'écorces d'oranges 20 gr. : une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Cette médication inusitée ne provoqua aucun vomissement, mais un malaise général : le lendemain, les selles contenaient des quantités de larves de diptères à moitié digérées : guérison.

L'auteur conclut de ce fait, que dans certains cas d'atonie gastrique, l'ingestion de viande crue rend possible, en été, l'introduction d'œufs de diptères dans l'estomac et une éclosion : comment ces larves ont-elles pu résister à l'action des liquides alcooliques que le malade absorba pour combattre son état de faiblesse? Sans doute parceque les larves étaient recouvertes de mucosités abondantes. Il est, en outre, curieux de constater que les mouvements péristaltiques n'ont pas expulsé ces larves de la poche gastrique. Peut-être le spasme pylorique a-t-il dans ce cas joué un certain rôle.

La publication de l'observation a été retardée par les recherches faites pour déterminer l'espèce de diptères à laquelle appartenaient ces larves : ces recherches n'ont pu aboutir.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Pronostic et traitement du pneumothorax chez les tuberculeux par GALLIARD. — (*Congrès français de médecine interne.* Avril 1898). — Le pneumothorax résiste au traitement médical (oxygène, morphine, etc.) et indique la thoracentèse dans les cas ou son début est brusque et solennel. On doit pratiquer l'aspiration des gaz jusqu'à cessation de de la dyspnée. Dans un cas, cette aspiration a été pratiquée d'une façon continue pendant quatre jours par Williams (de Buffalo). La canule à demeure expose, comme l'incision, à l'infection de la plèvre. La thoracentèse

expose à l'emphysème sous-cutané qui peut nécessiter la pleurotomie hâtive.

Quand le pneumothorax est toléré, il faut s'abstenir de toute intervention. Il peut persister, sans complication d'exsudat, pendant quelques semaines, puis disparaître.

Dans le cas d'hydropneumothorax, il faut également s'abstenir de la thoracentèse, à moins que l'épanchement ne devienne gênant par son abondance.

Le pyopneumothorax des phtisiques est, dans la majorité des cas, comme l'hydropneumothorax un *noti me tangere* ! On cite quelques rares succès dus à l'intervention, mais ils sont bien rares ; la pleurotomie ne s'impose qu'en cas d'épanchement fétide.

Les injections antiseptiques dans la cavité pleurale peuvent être utiles quand les malades ont de la fièvre.

G. Lyon.

Valeur de l'ichtyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Combemale et Desoil. (*Echo Médical du Nord*. n° 16, p. 187, 1898). — Pendant 14 mois, tout tuberculeux entré à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de la clinique médicale, a été exclusivement soumis au traitement par l'ichtyol qui a été préconisé contre les affections pulmonaires par Scarpa, Hoffmann et Cohn.

L'ensemble des cas traités, augmenté d'une vingtaine de cas observés en ville, forme un total de 110 cas de tuberculose traités uniquement par l'ichtyol ; sur ce nombre, 70 malades ont pris ce médicament pendant plus d'un mois, 30, pendant plus de trois mois, 10, pendant plus de six mois.

L'ichtyol a été donné en gouttes, en potions, en pilules, en capsules. Les formes pilulaires et capsulaires sont celles que les malades ont le plus facilement acceptées. Le dégoût ne se produit pas avec les pilules dragéifiées ou non, et les capsules assez habilement enrobées pour traverser l'estomac sans se dissoudre. La dose ainsi offerte est par pilule de 10 à 15 centigr. ; en capsules, le commerce en livre, contenant 25 centigr. chacune.

La dose inaugurale était de 1 gramme ; graduellement, à raison de 1 gramme environ de plus chaque semaine. Combemale et Desoil ont atteint, sans la dépasser, la dose de 4 grammes. Ce que l'on peut craindre, c'est au bout de quelques jours l'apparition de la diarrhée, que tarit vite le plus souvent aussi quelques grammes de dermatol. Si malgré le dermatol la diarrhée persiste, il convient de renoncer à l'emploi de l'ichtyol, mais ces cas sont très rares. D'ordinaire, c'est quand 3 et 4 grammes sont quotidiennement donnés que survient la diarrhée ; c'est, du reste, alors le moment de faire la pause thérapeutique d'une semaine, qu'on recommande dans toute médication un peu prolongée ; la diarrhée cesse immédiatement d'elle-même.

Aux doses indiquées, et si la tolérance est acquise de bonne heure, l'ichtyol agit pour remonter la nutrition des tuberculeux : le soufre organique qu'il contient contribue vraisemblablement à ce résultat. On voit, sous cette influence, le malade augmenter de poids, la fièvre et les sueurs diminuer, puis cesser, la menstruation reparaître chez la femme, les forces revenir, etc.

L'amélioration de l'état général ne se fait d'ordinaire sentir qu'au bout d'un mois de traitement et avec des doses supérieures à 2 grammes. Un tiers à peine des tuberculeux ont été ainsi favorablement influencés : c'étaient les malades atteints à la première période, les tuberculeux chroniques ou scléreux.

Les modifications qu'apporte l'ichtyol dans les symptômes pulmonaires, ne sont pas moins dignes d'attention. Aux doses de 1 à 2 gr., l'expectoration est modifiée ; plus fluides, les crachats sont plus facilement expulsés.

Aux doses de 3 grammes, les crachats se montrent moins purulents, moins fétides.

Chez les malades avancés on peut craindre, en donnant de grandes quantités d'ichtyol, de supprimer trop brusquement l'expectoration, d'amener des phénomènes congestifs ou encore de la diarrhée.

G. Lyon.

Un cas de pneumonie traité par la phlébotomie, par Alfred O'Donovan. (*Medical Record*. 18 Déc. 1897, p. 885). — L'auteur constate que la saignée est tombée en désuétude ; il pense que dans certains cas on doit y avoir recours, et qu'elle rend de grands services.

Exemple : Un jeune homme âgé de 17 ans, est atteint de pneumonie double avec fièvre intense et respiration pénible.

Le pronostic était mauvais, les remèdes usuels : strychnine, digitale, les inhalations d'oxygène n'avaient produit aucun effet. On fait la saignée de la veine céphalique et l'on retire 10 onces de sang. Après quelques heures la température baisse de 2°, la respiration se rétablit, le pouls se ralentit. Le sang examiné au microscope contenait des pneumocoques. Pendant deux jours le malade était mieux en apparence. Puis la respiration, le pouls s'accélèrent, la température s'élève à nouveau ; on soutire encore 10 onces de sang, la respi-

ration et le pouls se ralentissent, la température s'abaisse. Il entre en convalescence et guérit.

A. CHASSEVANT.

Le muguet dans les affections rénales et cardiaques. (*Gazeta Leskarska*), n° 40, 1897. — JANOWSKI publie le résultat des observations qu'il avait recueillies pendant sept ans sur l'action du muguet. En ce qui concerne les affections cardiaques, il n'a constaté d'action favorable que dans les affections de l'orifice veineux gauche (insuffisance et rétrécissement seuls, ou bien insuffisance compliquée de rétrécissement.) Au contraire, dans les affections aortiques, Janowski n'a, à l'encontre de Sée, constaté aucune action favorable. L'auteur prescrit le muguet dans les affections de l'orifice veineux gauche, aussi bien tout à fait au début qu'à la période très avancée. Dans le premier cas, pour faire disparaître les symptômes subjectifs ou objectifs, il suffisait de mettre les malades au repos pendant deux ou trois jours et de leur administrer du muguet, d'abord sous forme d'infusion, ensuite sous forme de teinture, pendant deux à trois semaines, en diminuant progressivement la dose. Dans le second cas, le résultat obtenu par le traitement était aussi positif mais cependant moins prononcé.

Toutes les fois que l'état du malade ne réclamait pas l'administration immédiate de la digitale, l'auteur commençait par prescrire un régime approprié et l'infusion du muguet; et dans un certain nombre de cas, déjà au bout de 5 à 6 jours, on pouvait constater une amélioration dans l'état du malade. Mais ces cas étaient plutôt rares. Le plus souvent, on était obligé de commencer par l'administration de la digitale pendant 4 à 6 jours et ne passer à l'emploi du muguet qu'au bout de ce laps de temps; les malades recevaient du muguet pendant plusieurs semaines avec des intervalles de 1 à 2 jours. On était obligé de suspendre de temps en temps le traitement d'abord pour éviter les effets de l'accoutumance, ensuite, dans quelques cas, à cause de la diarrhée, laquelle, du reste, survenait plus souvent avec l'infusion qu'avec la teinture. Parfois, rarement du reste, le muguet exerçait une action favorable là où la digitale était restée sans effet ou bien était mal supportée.

En ce qui concerne l'action du muguet sur le muscle cardiaque, l'auteur n'est pas d'accord avec Pel, qui, comme on sait, nie absolument cette action. Janowski a pu se convaincre que la teinture de convallaria majalis exerçait une action incontestable dans les cas d'affaiblissement de l'activité cardiaque déterminé par des causes diverses (chlorose, anémie syptomatique, tuberculose, etc.) Il préconise de même le muguet dans l'arythmie purement nerveuse (hystérie, neurasthénie, tachycardie paroxystique, neurasthénie cardiaque de Rosenbach).

En outre, Janowski a constaté l'action favorable du muguet dans les cas de néphrite chronique avec œdème très prononcé, dyspnée, oligurie et albuminurie très considérable. Dans les cas où il n'y avait pas de phénomènes urémiques et où le pouls était satisfaisant, Janowski n'administrait que le muguet en même temps, bien entendu, qu'il prescrivait le régime lacté; là ou le pouls était faible il ajoutait au muguet la caféine pendant plusieurs jours.

Ordinairement, dans les cas où l'on pouvait espérer une amélioration dans l'activité cardiaque, on constatait au bout de deux à trois jours la diminution de l'œdème et de la quantité d'albumine, l'augmentation de la quantité d'urine, l'amélioration du pouls.

Dans un certain nombre de cas de cirrhose atrophique du foie, l'auteur a pu constater une augmentation de la diurèse à la suite de l'administration du muguet.

Enfin, il préconise l'administration du muguet en mélange avec de l'iodure de potassium dans l'asthme bronchique, dans les cas où, à la suite de la fréquence des accès, il se produit des troubles circulatoires pulmonaires,

L'auteur emploie, comme nous l'avons déjà dit, soit l'infusion (4 pour 180, une cuillerée à soupe toutes les deux heures) soit la teinture (1 pour 12 d'alcool à 90°, 45 à 80 gouttes par jour). Il ne faudra pas oublier que le muguet provoque, chez tel individu, des nausées et des vomissements (ordinairement au début de l'administration) chez tel autre la diarrhée.

B. TAFT.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Nouvelles remarques sur le traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique, par A. CHIPAULT. (*Gazette des Hôpitaux*, 19 avril 1898, n° 45, page 410. — CHIPAULT

donne deux nouvelles observations d'épilepsie traitée avec succès par la résection complète des cervicaux supérieurs du sympathique. Il insiste: 1° sur la bénignité réelle des interventions sur le sympathique dans l'épilepsie; 2° sur la nécessité absolue, pour faire une intervention fructueuse, de comprendre parmi ses temps la résection complète des ganglions supérieurs, relai cellulaire des vaso-moteurs encéphaliques.

Après l'opération, une surveillance hygiénique, morale et médicale, est indispensable, l'encéphale longtemps troublé ne demandant qu'à reprendre ses mauvaises habitudes.

De plus, une sélection soigneuse des cas est indispensable. L'insuccès thérapeutique est probable si l'on s'adresse à un épileptique invétéré, dont l'encéphale est surchargé de déchets toxiques.

R. SÉMELAIGNE.

Tétanos cérébral et traitement du tétanos déclaré, par BORREL. (*Neuvième congrès d'hygiène et de démographie*, tenu à Madrid du 10 au 16 avril 1898). — ROUX et BORREL ont obtenu, par inoculation de toxine tétanique dans l'écorce cérébrale, une maladie caractérisée par des phénomènes d'excitation, des convulsions épileptiformes, des troubles moteurs, etc. Un animal, immunisé par une injection de sérum antitoxique sous la peau, n'est pas immunisé contre le tétanos cérébral. En portant directement l'antitoxine dans la substance cérébrale, Roux et Borrel ont guéri des animaux atteints depuis plus de quatorze heures, et alors que l'injection de doses massives de sérum sous la peau ne donnait aucun résultat.

R. SÉMELAIGNE.

Traitement de la maladie de Little par VINCENT. (*Société nationale de médecine de Lyon*, janvier 1898). — VINCENT présente un garçon de seize ans atteint de maladie de Little. Après le traitement chirurgical (ténotomies et redressements progressifs), il a prescrit le tricycle, dans le but de produire un massage régulier du système musculaire et de coordonner le système cérébro-spinal.

R. SÉMELAIGNE.

Du traitement électrique de l'insomnie par O. SWOLFS. (*La Clinique*, Bruxelles, 17 mars 1898, n° 11). — D'après SWOLFS l'électricité donne des résultats incontestés dans le traitement de l'insomnie nerveuse et l'on n'a à redouter par son emploi aucun des inconvénients des médicaments hypnotiques ni des autres moyens thérapeutiques. Elle agit par sédation ou par excitation des centres nerveux.

R. SÉMELAIGNE

L'hypnothérapie des constipations chroniques. (*Medicinsk. Obosr.* n° 2, 1898). — Après avoir insisté sur la difficulté que présente le traitement des constipations chroniques, BOTKINE rapporte 6 cas où il a eu recours à l'hypnothérapie, déjà conseillée par Forel. Nous allons citer les deux cas suivants.

Premier cas. Institutrice de 25 ans. Forcée de résister au besoin d'aller à la selle par suite des circonstances particulières dans lesquelles elle se trouvait habituellement. Petit à petit les selles s'espacèrent, de sorte qu'au moment où elle vint consulter l'auteur, elle n'allait à la selle qu'une fois tous les 4 ou 5 jours. Botkine la soumit à l'hypnothérapie. Après la deuxième séance, la malade eut une selle. On fit en tout six séances (une par jour). Le résultat fut des plus favorables. Pendant quatre semaines la malade était restée sous l'observation de l'auteur, elle allait régulièrement à la selle tous les matins.

Dans ce cas, les suggestions psychiques ont d'après l'auteur, tonifié l'innervation cérébrale et l'ont en quelque sorte habituée à fonctionner régulièrement.

Deuxième cas. Femme de 29 ans, atteinte de constipation chronique depuis 11 ans, nerveuse à tel point que toute émotion violente provoque une hémorrhagie utérine. La constipation dure jusqu'à 9 jours, après quoi il survient des vomissements, et une diarrhée excessivement intense qui dure pendant plusieurs heures et qui provoque parfois la syncope et des sueurs froides.

On soumit la malade à la suggestion. Après la première séance, la malade va deux jours de suite à la selle. En tout on fait 14 séances. La constipation disparaît complètement. En outre, les règles qui étaient très abondantes, redeviennent normales. Ajoutons, enfin, que la suggestion exerce, d'après Botkine, une action également favorable dans les cas où la constipation et les troubles intestinaux ne sont que des symptômes passagers, sans affecter la forme chronique.

B. TAFT,

Maladies du larynx du nez et des oreilles

Dr CASTEX

Ancien chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Sur l'irrigation nasale, par PAUL RAUGÉ. (*Bulletin médical*, n° 27, p. 309, 1898). — La douche nasale a été employée parfois sans discernement, aussi existe-t-il aujourd'hui une certaine défiance à l'égard de ce procédé de traitement, défiance que M. le Dr Raugé s'efforce de dissiper.

L'un des détracteurs de la douche nasale, le Dr Lichtwitz (*Semaine médicale*, 30 octobre 1897) a groupé sous trois chefs principaux les accusations relevées contre elles :

a) Elle compromet l'odorat,

b) Elle produit des douleurs de tête.

c) Elle détermine des otites, parfois même des otites suppurées.

D'après M. Raugé, le plus grand nombre des malades ne doivent pas leur anosmie aux abus de l'irrigation, et cela attendu que la plupart d'entre eux n'avaient déjà plus d'odorat quand ils ont commencé le traitement.

Cela, en tout cas, est certain pour les ozéneux, mais à lésions atrophiques, qui forment la très grosse majorité des clients de la douche nasale.

En ce qui concerne les douleurs de tête, il est certain que quelques malades se plaignent, après l'irrigation, de céphalées désagréables siégeant surtout vers le sinus frontal, mais ces douleurs sont habituellement passagères, Ces douleurs, d'ailleurs, ne se montrent que chez les malades novices qui font maladroitement le lavage.

Pour atténuer ou réduire à néant les phénomènes douloureux, il faut employer de l'eau à la température de 34 à 37°; la pression doit être faible (60 à 80°) et surtout être régulière, pour éviter les à-coups et les chocs qui froissent la muqueuse nasale, provoquent des constrictions intempestives du voile et des constrictions du pharynx et projettent, à contretemps, le liquide partout où il ne doit pas pénétrer.

De toutes les substances à employer pour le lavage, le bicarbonate de soude est celle qui est le mieux tolérée.

Dans les cas où le passage du liquide reste difficile ou douloureux, on a toujours la ressource de faire précéder l'irrigation d'un badigeonnage de cocaïne.

Le dernier argument invoqué par M. Lichtwitz est le plus grave. Personnellement, M. Raugé n'a jamais observé d'otite, à la suite des lavages.

Pour se mettre à peu près sûrement à l'abri des accidents, il existe deux ou trois règles qu'il importe de suivre aveuglément :

La première est d'examiner toujours les malades avant de prescrire une irrigation.

Deux choses sont à vérifier : la perméabilité absolue des cavités nasales; la perméabilité relative des deux côtés.

Si les voies sont largement ouvertes, on peut se hasarder sans crainte. Quand il y a différence entre le degré de perméabilité des des deux fosses nasales, il faut toujours faire pénétrer le liquide par le côté le plus étroit, car ici le difficile n'est pas d'entrer mais de sortir.

Quand du liquide, malgré toutes les précautions, a passé dans la caisse, cet accident ne détermine pas fatalement une otite. Ses conséquences dépendent avant tout de la nature du liquide employé. La caisse tolère bien les simples solutions alcalines; au contraire, la plus petite quantité d'eau salée pénétrant dans l'oreille moyenne y produit une inflammation intense, aussi faut-il ne pas se servir de solutions salines.

G. LYON.

Traitement de la rhinite atrophique. (*Egenedelink*), n° 51, 1897.) — KARAGUEOSIANZ recommande dans le traitement de la rhinite chronique l'administration à l'intérieur de la teinture d'iode à doses progressives, en commençant par trois gouttes à la fois dans du lait. La dose indiquée sera répétée 3 fois par jour.

Dans ces conditions, l'iode provoque une congestion de la pituitaire, augmente l'activité fonctionnelle des glandes et de cette façon, rend plus active la nutrition de la muqueuse atrophiée.

L'iode est administré à courts intervalles pendant deux à trois mois. Ce traitement a encore cet avantage qu'il favorise le ramollissement des croûtes, par suite de quoi celles-ci se détachent plus facilement. Dans le même but, l'auteur emploie encore de légères frictions de la muqeuuse malade avec une solution de résorcine dans la glycérine à 1/2 p. 100. Cette solution ne provoque pas d'irritation et pour cette raison, à l'encontre d'autres solutions recommandées, peut être employée pendant des mois. Dans les cas où la muqueuse nasale est arrivée à un tel degré d'atrophie qu'elle ne peut plus être rétablie, la solution

de résorcine dans la glycérine, employée une ou deux fois par jour, peut remplacer le badigeonnage exercé normalement par le mucus nasal.

B. TAFT.

Amaurose, suite d'opération intranasale, et revue des opérations peu communes du nez, par FRANCIS PACKARD. (*Med. News*, 9 octobre 1897, page 465). — Un homme de trente-six ans, consulte pour une rhinite hypertrophique très grave.

Il avait été traité par divers spécialistes et subit plusieurs petites opérations dans ces dernières années.

Le tissu hypertrophié avait été traité par le galvanocautère, les caustiques et l'anse métallique.

En février l'auteur lui enlève un morceau du tissu hypertrophié avec l'anse métallique, sur le cornet moyen, narine gauche, après anesthésie avec la cocaïne.

Deux jours après le patient vient l'informer que le lendemain de l'opération, il est devenu subitement aveugle de l'œil gauche. Il s'est rendu chez un oculiste connu, et avant d'être examiné par le médecin, sa vue était revenue. La durée de la cécité de l'œil gauche avait duré 20 à 30 minutes. L'oculiste n'a constaté aucune cause probable de la cécité passagère. Depuis lors on a fréquemment fait usage de l'anse métallique, et d'acide chromique pour cautériser le tissu hypertrophié du malade, sans observer de nouveaux phénomènes anormaux.

L'auteur passe alors en revue les diverses conséquences des interventions intranasales. Ziem a observé du délire dans deux cas après l'évacuation d'abcès de l'antre d'Higmore. Il a aussi signalé la diminution de l'acuité visuelle chez une femme, après ablation de tissu hypertrophié du cornet moyen.

Il rappelle la classification des complications qu'a fait Lermoyez en 1891.

A. CHASSEVANT.

A propos de l'ablation des végétations adénoïdes. (*Die ärztl. Praxis*, 15 Mars 98). — Le Pr SEIFERT, de Wurzbourg, procède de la façon suivante : l'enfant est chloroformé dans la position assise ; on ne dépasse pas le stade d'excitation, et une demi-narcose est absolument suffisante. Une curette en anneau (modèle de Gottstein), servira à enlever les végétations.

Seifert permet déjà le soir même de l'opération des aliments solides ; l'enfant peut sortir le troisième jour.

Pour rétablir la respiration nasale, il faut recommander à l'entourage de fermer la bouche de l'enfant au moyen des mains pendant la journée ; l'habitude de respirer par le nez dans la journée se transmet peu à peu à la respiration nocturne : chez les enfants plus âgés, on fait faire des exercices de gymnastique respiratoire, la bouche fermée. Ces recommandations sont indispensables, car il arrive parfois que l'enfant, même opéré selon toutes les règles de l'art, persiste à respirer par la bouche : trop d'opérateurs négligent de donner à ce sujet des instructions précises.

La cocaïnisation n'est pas à conseiller, car elle prédispose aux hémorragies consécutives : cette méthode ne sera employée que chez l'adulte.

E. VOGT.

L'orthoforme en laryngologie. (*Société des sciences médicales de Lyon*, 23 mars 1898). — BERNOUD et GAREL ont présenté à la Société une communication concernant l'orthoforme, anesthésique local puissant à action lente, ce qui le distingue nettement de ses congénères. Les résultats obtenus ont été remarquables dans des cas de dysphagie rebelle causée par une ulcération tuberculeuse ou cancéreuse du larynx ou des parties voisines. L'anesthésie provoquée par une seule insufflution persiste toujours au moins 24 heures, sinon plus.

On sait que l'orthoforme n'est pas toxique : il présente donc à cet égard de grands avantages sur la cocaïne : son application est très facile et peut être confiée au malade lui-même.

E. VOGT.

Maladies des voies urinaires

Dr E. CHEVALIER

Chef de clinique de la Faculté.
Ancien prosecteur.

Nouvelle méthode de restauration urèthrale dans l'hypospadias, par NOVÉ-JOSSERAND. (*Rev. Chir.* 1898, p. 333). — La méthode a pour but d'obtenir un canal étendu depuis le méat hypospadié jusqu'au bout du gland et tapissé de peau à son intérieur pour éviter sa rétraction.

La verge a été redressée et libérée ; on pratique sur la face inférieure du pénis, immédiatement en avant du méat hypospadié, une

boutonnière transversale longue de 2 cm. ouvrant la loge sous-cutanée : à l'aide d'un instrument mou on décolle doucement le tissu cellulaire pour créer un conduit sous-cutané. On incise le gland sur sa face inférieure pour remettre à plus tard la reconstitution complète du canal balanique.

On taille sur la face interne de la cuisse une greffe d'Ollier, large de 4 cm et un peu plus longue que le canal à obtenir, on l'enroule sur un bout de bougie urèthrale 21 ou 22, un peu plus longue que le canal à restaurer, et on la fixe par ligature circulaire peu serrée.

On introduit cette bougie recouverte dans le tunnel sous-cutané que l'on a fait, de sorte qu'elle dépasse à peine en arrière l'orifice périnéal, on fixe par une suture métallique l'extrémité antérieure au gland.

On met une sonde à demeure dans la vessie par le méat périnéal, on panse.

Dix jours après on retire doucement la bougie porte-greffe, dont les liens circulaires ont été coupés.

Après quatre ou cinq jours de repos on commence des cathétérismes quotidiens avec une sonde molle n° 19, on continue un mois à six semaines, puis on espace en continuant longtemps.

E. CHEVALIER.

Nouvelle canule pour les lavages de l'urèthre antérieur, par SUAREZ DE MENDOZA, (*In Ann. Gen. Ur.* 1898, p. 394). — C'est une modification des canules de Janet pour les lavages de vessie sans sonde. La canule de Suarez de Mendoza est à double tube concentrique, le tube intérieur (pour l'irrigation), dépasse un peu l'extrémité urèthrale du tube extérieur (pour l'évacuation) ; un index entaillé permet d'être toujours en bonne situation.

On peut, avec cette canule, faire des lavages de l'urèthre antérieur sans amener l'hypertension des parois.

E. CHEVALIER.

Extirpation totale de la vessie pour néoplasmes, par TUFFIER et DUJARRIER, (*in Rev Chir.* 1898, p. 227). — Le malade, âgé de 40 ans, avait déjà subi la cystostomie le 6 octobre 1896, lorsque le 20 octobre 1896 il subit l'extirpation totale de la vessie.

Tuffier, après tamponnement de la vessie à la gaze iodoformée et placement du malade dans la position de Trendelenburg, fait une incision médiane de 12 cm. tombant sur le milieu de la symphique, puis se continuant là en T. Il libère la fistule hypogastrique, décolle et relève les deux lambeaux, et aborde la face antérieure rétropubienne de la vessie jusqu'au col et au voisinage des uretères. Avec deux pinces à hystérectomie il attire la vessie à travers la plaie, à mesure que le doigt décolle et libère les faces latérales de la vessie, des pinces à abaisser sont placées de plus en plus bas ; le col de la vessie est isolé, dénudé, coupé, et les uretères avec les artères vésicales inférieures sont arrangés en deux pédicules maintenus par deux clamps courbes, puis coupés.

Tuffier dissèque alors et isole toute la région péritonéale de la vessie sans ouvrir le péritoine ; la vessie totalement libérée est extirpée.

Cautérisation au fer rouge de l'orifice du canal de l'urèthre puis sur le pédicule urétéro-artériel gauche, libération de l'uretère où l'on place une sonde et ligature de l'artère, même chose à droite. Puis boutonnière de chaque côté du rectum et passage des deux longues sondes urétérales qui sortent par l'anus et sont maintenues par des fils noués sur une pince.

Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée et fermeture, sauf une large ouverture susubienne.

Suites, avec alternatives de fièvre jusqu'au 25-26 octobre : à ce moment l'urine ne sort plus par les sondes urétérales anales qui sont enlevées mais par la plaie hypogastrique avec quelques matières stercorales. Puis phlébite.

Le 4 décembre, le malade circule avec un tube siphon et un réservoir en caoutchouc.

Le 23 décembre il est présenté à la Société de Chirurgie.

Le 14 mai 1897, décès.

E. CHEVALIER.

Anurie calculeuse et rein unique, par ALBERTIN. (*in Ann. Gen. Ur.*, 1898, p. 337). — C'est l'histoire d'un malade dont le rein droit était à peu près complètement disparu, atrophié par des lésions calculeuses anciennes, et dont le rein gauche fonctionnait seul ; un jour urvient sur ce rein de l'anurie calculeuse, et au sixième jour le malade fut opéré par Pollosson et Albertin. On lui fit la néphrotomie, sans chercher à faire l'extraction du calcul, car l'état général était très grave. Le malade mourut.

L'auteur confirme les conclusions de Leguen comme celles des autres chirurgiens qui se sont occupés de ces questions. Il conclut qu'il faut opérer de bonne heure et le plus tôt possible.

E. CHEVALIER.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine

Hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin. (*Société belge de Gynécologie*, mars 1898) — M. C. JACOBS est partisan convaincu de l'ablation totale et précoce de l'utérus, ainsi qu'il l'a déjà soutenu dans une communication précédente, de même que son collègue, M. Rouffart. En raison de la généralisation ganglionnaire, suite inévitable de l'inoculation produite au cours de l'opération chirurgicale, c'est un véritable évidement du bassin qu'il faut pratiquer, en s'inspirant des principes qui guident aujourd'hui le chirurgien dans l'ablation du sein cancéreux. La péritonisation consécutive, c'est-à-dire l'emploi des lambeaux péritonéaux pour revêtir minutieusement toutes les parties du plancher pelvien mises à vif, donne une sécurité beaucoup plus grande aux suites opératoires. L'important est de faire l'ablation de tous les ganglions, de toutes les nodosités que le toucher peut permettre de percevoir dans le ligament large et dans les parois du bassin. Dans un des trois cas dont l'auteur communique l'observation, on trouva un ganglion du volume d'un œuf de poule, à la bifurcation des iliaques : l'examen microscopique y révéla une dégénérescence cancéreuse typique. Dans le second cas, M. Jacobs ne découvrit aucun ganglion dans le ligament large. Néanmoins, comme l'examen microscopique des débris cervicaux avait appris qu'on se trouvait en présence d'une dégénérescence maligne des glandes du col, on fit l'ablation complète de tout le tissu cellulaire péri-utérin. Les deux malades paraissant aujourd'hui en parfaite santé.

Le troisième sujet, était une femme de 31 ans, chez qui l'on crut pouvoir se contenter de l'ablation vaginale de l'utérus et des annexes, les culs-de-sacs paraissent absolument indemnes. Six mois plus tard la malade accusait des douleurs lancinantes dans le pelvis, des défécations douloureuses, rares et sanglantes, en même temps qu'apparaissait une cachexie progressive. Le toucher révélait au fond du vagin des nodosités très sensibles et très limitées. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une anse d'intestin grêle, présentant un noyau carcinomateux du volume d'une mandarine; un second noyau existait plus haut, au niveau d'une adhérence intime avec un gros paquet ganglionnaire situé dans le ligament large gauche. M. Jacobs réséqua toute cette anse intestinale, soit 17 centimètres de longueur, et pratiqua deux étages de sutures de Lambert. Malheureusement la malade mourut le cinquième jour, d'ailleurs sans signes réels de péritonite.

M. HENROTAY ne trouve pas aussi encourageants qu'ils le semblent à M. Jacob, les résultats obtenus par l'intervention opératoire, même la plus complète, dans le carcinome utérin. Celle-ci n'est vraiment utile que si l'on peut agir avant toute généralisation ganglionnaire, et que le cancer n'est encore qu'une affection locale, c'est-à-dire bien rarement, étant donné l'époque où les malades ont l'habitude de venir consulter. L'intervention radicale ne doit s'adresser qu'aux cas du début, dont beaucoup sont, malheureusement, des cas douteux. Là est le secret des statistiques favorables publiées par les chirurgiens allemands. Aussi, en présence d'un cas de carcinome avéré, M. Henrotay se décide-t-il rarement pour l'opération radicale, se conformant au principe légitime de Mackenrodt, à savoir qu'il faut éviter avant tout *l'inoculation opératoire*. Aux anciens critériums de l'intervention radicale dans le carcinomie du col, il propose d'en ajouter un nouveau : la possibilité de pouvoir isoler l'ulcération du champ opératoire.

La technique qu'il recommande est la suivante :

Râclage soigné et profond de l'ulcération à la curette tranchante, cautérisation large du fond et des bords, au Paquelin. L'ulcération est ensuite refermée sur elle-même, en rapprochant le bord antérieur du bord postérieur et en appliquant tout le long de cette sorte de fente, une série de pinces à griffes, qui resteront à demeure jusqu'à la fin de l'intervention. Par surcroît de précaution, les lèvres de la fente formée seront encore cautérisées entre les mors des pinces. Ceci étant terminé, le vagin est largement irrigué et les culs-de-sac soigneusement débarrassés des fragments de bourgeons ou des caillots qui pourraient s'y trouver. Les valves, rétracteurs, ayant servi dans le premier temps de l'opération, sont lavés avec soin ou mieux stérilisés à nouveau. Les curettes auront été tenues à l'écart des autres instruments. L'opérateur et son aide se relaveront les mains, comme si elles avaient été infectées. Le second temps comprend l'hystérectomie proprement dite, au cours de laquelle *on évitera absolument toute hémisection ou morcellement*. Les trompes, les ovaires des deux côtés seront enlevés avec l'ut é-

rus, et toutes les sections se feront au thermo-cautère. M. Henrotay termine par la fermeture du vagin par un ou deux points de catgut, la désinsertion du col au Paquelin, n'ayant aucune influence sur la réunion *per primam* de la voûte vaginale.

Cette technique, appliquée par l'auteur jusqu'ici à deux malades, depuis deux ans et un an, n'a pas encore été suivie de récidive.

En conséquence, M. Henrotay repousse l'hystérectomie abdominale, telle que la pratique M. Jacobs, dans les cas d'épithélioma du col. La question se résume donc à deux alternatives : ou l'affection est encore locale et l'ystérectomie vaginale suffit, comme l'a prouvé la belle statistique de von Ott, au congrès de Moscou; — ou la généralisation commence à s'effectuer, et aucune opération radicale n'est à recommander, aucune section au bistouri ou au ciseau dans le tissu cancéreux ne doit être permise.

R. BLONDEL

Recherches sur l'action médicamenteuse du placenta (*Congrès français de médecine interne*. Montpellier, 16 avril 1898). — M. ISCOVESCO (Paris), ayant cru remarquer que les chiennes étaient rarement atteintes d'infection puerpérale, rapproche ce fait de l'habitude qu'elles ont de dévorer leurs délivres.

D'où ses recherches sur l'action du placenta en thérapeutique. Chaque tablette représentait 25 centigrammes de placenta frais (de brebis).

Les recherches ne portant que sur une centaine de cas et depuis un an seulement, un travail rigoureux s'impose avant de pouvoir se prononcer définitivement.

Les cas observés se rapportaient :

1° A des métrites chroniques avec hypertrophie de l'organe et catarrhe concomitant sans lésions annexielles.

2° A des métrites chroniques avec annexes touches.

3° A des involutions utérines anormales à la suite des couches.

Sur une soixantaine de cas relevant de la 1re catégorie, l'administration de 4-6 tablettes de placenta a toujours donné très rapidement une amélioration considérable de tous les phénomènes réflexes ayant pour point de départ les organes génitaux. Les douleurs si variées, les troubles gastro-intestinaux sont amendés au bout de très peu de jours et ont toujours disparu presque complètement au bout de 15 jours à un mois de traitement. La suppression du traitement — comme contre-épreuve — alors que la guérison n'est pas complète, fait reparaître tous les troubles antérieurs.

R. BLONDEL.

Obstétrique.

Dr DEMELIN

Accoucheur des Hôpitaux

Société obstétricale de France. (6e session, 14, 15, 16 avril 1898). Parmi les communications faites à la Société obstétricale de France, il en est qui ont trait à l'anatomie et à la physiologie obstétricales; d'autres, au contraire, présentent un intérêt pratique immédiat, que la *Revue de thérapeutique*, fidèle à son programme, ne peut laisser échapper. Ce sont ces dernières que nous étudierons principalement.

MM. PERRET et PATAY (de Rennes), donnent une description détaillée de la nouvelle maternité de Rennes où les lois de l'hygiène hospitalière sont scrupuleusement suivies. L'enseignement pratique à tirer de ce mémoire est la nécessité de l'isolement complet des femmes infectées, non seulement lorsqu'elles sont accouchées, mais aussi pendant e travail même. La nécessité de deux salles ld'accouchement au moins, bien distinctes l'une de l'autre, s'impose aujourd'hui.

M. CHAVANE (Paris), présente l'observation d'une femme qui, à la suite d'une fausse-couche incomplète fut prise d'accidents infectieux consécutifs à la rétention du placenta. Le nettoyage de la cavité utérieure fut pratiqué et effectué aussi complètement que possible. Néanmoins, les accidents continuèrent, et on eut la clé de l'énigme en découvrant qu'il s'agissait d'un utérus double, et que la cavité nettoyée n'était pas celle où se trouvait le délivre. La guérison survint après l'évacuation de l'autre cavité.

M. BRINDEAU prouve une fois de plus, à l'aide de plusieurs observations, l'existence discutée des présentations primitives de la face.

M. KEIFFER (Bruxelles), fait une communication très documentée sur l'anatomie et la physiologie vasculaire de l'utérus humain.

M. BUDIN rapporte deux cas d'auto-intoxication gravidique caractérisés par les prodomes classiques de l'éclampsie, mais sans que à aucun moment, les crises convulsives ne se soient montrées. Il y a donc eu dans ces circonstances une véritable éclampsie sans attaques. Un point particulier, c'est que l'une de ces deux malades succomba, bien que, nous le répétons, elle n'eut pas présenté de crises convulsives. A l'autopsie on trouva les lésions habituelles de l'auto-intoxication gravidique, en particulier les lésions classiques des reins et du foie. L'auto-intoxication est donc capable d'amener la mort, sans passer forcément par l'attaque convulsive. Les prodromes clas-

siques (céphalalgie, troubles de la vue, douleurs épigastriques et vomissements) peuvent donc, si la maladie ne rétrocède pas, donner lieu aux crises d'éclampsie, c'est le fait ordinaire; ou bien ils peuvent être suivis d'accidents nerveux divers (névralgies intenses, manie) ou de diarrhée (Bar), ou encore d'ictère avec hémorragies prenant l'allure de l'ictère grave (Demelin). D'autres fois, comme l'indique M. Budin, la phase dite prodromique aboutit à la mort, sans autre intermédiaire. De là des considérations importantes au point de vue de l'établissement du pronostic, et de l'application précoce et énergique du traitement de l'éclampsie.

Pour M. Favre (Chaux-de-Fonds) le prodrome le plus important est la céphalalgie; M. Favre lui accorde assez de valeur pour fonder sur elle l'indication de l'accouchement immédiat : on dilate le col d'abord avec les éponges préparées, puis avec la main et on extrait l'enfant et le placenta. Trois femmes ainsi traitées guérirent, bien qu'elles eussent été prises d'éclampsie convulsive après l'évacuation utérine, alors qu'elles n'en avaient pas eu auparavant. Leurs enfants sont morts.

M. Demelin et Mlle Landais citent un nouveau cas de rétraction utérine ayant amené des difficultés extrêmes dans l'extraction du fœtus. Après une douzaine d'applications infructueuses du forceps, effectuées par des confrères expérimentés, M. Demelin fait la basiotripsie sans réussir mieux avec cet instrument si fidèle d'habitude. Pour délivrer la femme il ne restait plus que la version; mais la rétraction utérine était telle que cette opération ne fut possible qu'après éviscération. La malade guérit malgré un ictère accompagné de coma qui survint pendant les suites de couches et qui doit être attribué à la grande quantité de chloroforme absorbé pendant les manœuvres multiples et prolongées auxquelles on dût se livrer pour extraire le fœtus.

M. Montoya (Medellin) rapporte une observation de transfusion du sang pour une hémorragie grave de la délivrance : la malade guérit.

M. Louis Dubrisay a rassemblé huit cas, dont sept personnels, d'accouchements prématurés, provoqués pour des rétrécissements du bassin. Dans un cas, on dut terminer par la symphyséotomie; les sept autres fois, l'accouchement fut ou spontané ou artificiel, mais avec de simples applications de forceps, ou avec la version podalique. Les rétrécissements pelviens étaient compris entre 9 cent. 2 et 8 centimètres. Toutes les femmes guérirent. Tous les enfants, sauf un, sortirent vivants et i-nipeortants de l'hôpital. Le seul qui mourut succomba le 10e jour, avec des signes d'infection gastro-intestinale et de bronchopneumonie. Comme il pesait 3.200 grammes à sa naissance, on ne peut guère attribuer la terminaison fatale à la faiblesse congénitale, c'est-à-dire à l'accouchement provoqué. Cette opération est donc bonne, quoi qu'on en dise.

M. Favre relate un fait de gangrène vulvaire, survenue chez une femme enceinte, débilitée par la tuberculose et l'albuminurie.

M. Keiffer fait une série de projections concernant la vascularisation de l'utérus et l'étiologie des fibro-myomes.

Le *traitement du placenta prævia* a fait l'objet de deux importantes communications de MM. Sébillotte (de Paris), et Treub (d'Amsterdam), suivies de discussion. Pour M. Sébillotte, si l'hémorragie paraît dans le cours du septième mois, l'enfant a bien peu de chances de survivre; néanmoins on peut essayer de temporiser, pour gagner du temps, à la condition de ne pas compromettre la vie de la mère. Après 7 mois révolus, si la perte est médiocre, rien n'autorise à interrompre la grossesse, mais il faut placer la patiente sous la surveillance étroite et continue d'une personne compétente.

Avec des hémorragies graves par leur abondance ou leur répétition, la temporisation ne saurait être admise. L'action s'impose avec un triple but : arrêter le sang, vider l'utérus et relever l'état général. Comme moyens on a recours à l'accouchement forcé, l'accouchement rapide, la rupture des membranes, le tamponnement, le décollement du placenta, la version bipolaire. Quelle que soit la méthode suivie, lorsque la dilatation est complète, il faut extraire le fœtus sans tarder, puis on fait la délivrance artificielle, suivie, au besoin, d'un tamponnement utérin.

Contre l'anémie, un excellent moyen est la transfusion de sérum artificiel. Chaque goutte de sang perdu doit être remplacée par une goutte de sérum.

M. Treub, dans 50 cas, a eu recours au traitement suivant :

Quand l'hémorragie paraît alors que le col n'est pas perméable, tamponnement du col et du vagin à la gaze iodoformée. Dès que le col laisse passer deux doigts, version de Braxton-Hicks, et abaissement d'un pied. Si les membranes sont accessibles, c'est par là qu'il faut pénétrer dans l'œuf, sinon, on se fraye un chemin à travers le placenta. La version faite, on applique un nœud coulant sur le pied abaissé, et on ne tire sur lui que si l'hémorragie continue, sinon on ne fait rien qu'observer; surtout, pas d'extraction forcée. Les injections de sérum artificiel dans le tissu

sous-cutané, le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée quand l'hémorrhagie continue après la délivrance, complètent le traitement.

On a reproché au tamponnement d'être douloureux, inefficace, et dangereux au point de vue de l'infection. Le dernier reproche peut être écarté de suite. Pour celui qui sait bien stériliser ses mains et sa gaze iodoformée, le tamponnement ne présente pas de danger. Et quand on introduit la gaze, soit dans le spéculum cylindrique, soit le long de deux doigts mis dans le vagin, ce qui vaut mieux, le tampon n'est pas aussi douloureux que ses adversaires se plaisent à le dire. Enfin, l'expérience montre que le tampon vaginal introduit partiellement dans le col, suffit parfaitement à arrêter l'hémorrhagie jusqu'au moment où le col s'est assez ouvert pour permettre la version bipolaire.

M. MAYGRIER présente une vessie perforée au cours d'un accouchement laborieux.

M. TISSIER lit un mémoire très complet et très étudié à propos d'une observation de scarlatine franche survenue dans l'état puerpéral.

MM. BAR et BOULLÉ relatent une épidémie de grippe chez 50 femmes enceintes ou accouchées, avec 4 morts. Pendant la grossesse (40 cas), c'est surtout la forme broncho-pulmonaire qui a été observée (37 cas), 33 fois l'évolution fut simple; 4 fois, il y eut des complications (deux faits de pneumonie simple, une pneumonie avec otite et méningite suivie de mort peu après l'accouchement), une pleuro-pneumonie mortelle trois jours après l'accouchement.

Pendant les suites de couches, trente fois la grippe, qui avait commencé avant l'accouchement, a continué après lui. Huit fois sur trente (26 0/0), il y eut des accidents très graves (infection utérine, pneumonie, phlébite de la jugulaire externe et de la céphalique, pneumonie et endocardite, etc.) La grippe bénigne, pendant la grossesse, peut donc s'aggraver, après l'accouchement.

Si elle ne survient qu'après la délivrance, elle est très grave. Sur 10 cas de ce genre, on a noté 5 cas de bronchopneumonie grave avec phlébite.

M. PATAY (de Rennes), chez une femme à bassin rachitique légèrement scoliotique, après avoir provoqué l'accouchement prématuré, réussit à extraire l'enfant à l'aide de la main, alors que le forceps venait d'échouer.

M. BUDIN présente au nom de M. Saillet un nouveau forceps à traction dans l'axe, et à courbure périnéale.

MM. MAYGRIER et SCHAWB ont huit observations personnelles où le forceps de Crouzat a été appliqué au détroit supérieur. 6 fois, le bassin était rétréci, aplati, mesurant de 8.5 à 9.5 comme promonto pubien minimum. L'issue a toujours été heureuse. Une fois, le forceps Crouzat a réussi alors que le Tarnier avait dérapé. Dans tous les autres cas, l'application du Crouzat a été faite d'emblée. Une fois, il a été appliqué sur une face élevée en M. I. D. P. et l'extraction a été très facile.

Toujours la prise, au détroit supérieur, a été oblique. Jamais les tractions n'ont exigé un grand déploiement de force. L'extraction semble plus facile qu'avec le Tarnier. L'articulation se fait toujours facilement. La prise est solide.

Les huit femmes ont guéri; sept enfants sur huit sont sortis vivants de l'hôpital; le huitième a succombé parce que le cordon avait été comprimé entre le forceps et la tête.

L'expérimentation confirme les données cliniques. La prise est solide; les tractions ont besoin d'être moins fortes avec le Crouzat qu'avec le Tarnier (20 kilogs au lieu de 32).

Les *applications de forceps au détroit supérieur* forment l'objet d'une très importante communication de M. BUDIN. M. Budin est partisan de ces applications dans un certain nombre de cas. Il rejette la prise antéro postérieure, ainsi que la prise occipito frontale, pour préconiser l'application oblique (fronto-mastoïdienne).

La statistique (intégrale) des applications de forceps au détroit supérieur, faites à la Maternité, de 1895 à 1898, est la suivante :

1° Promonto sous pubien mesurant 10,5 et plus : 10 applications de forceps avec trois enfants morts et sept vivants.

2° Promonto sous pubien mesurant de 9 à 10,5 : 7 applications de forceps avec cinq enfants vivants et deux morts.

3° Promonto sous pubien inférieur à 9 centimètres : deux applications de forceps avec deux enfants vivants.

Donc, sur 19 accouchements au forceps, 14 enfants vivants. Sur les cinq cas de mort, trois fois les enfants étaient fortement comprimés par des applications réitérées faites en ville avant l'entrée à l'hôpital. La mortalité maternelle a été nulle et la morbidité insignifiante.

Pour M. Budin, en matière de conduite à tenir en cas de bassin rétréci, il faut être éclectique et savoir choisir, suivant les indications, entre le forceps, la version, l'accouchement

prématuré provoqué, la symphyséotomie et l'opération césarienne.

DEMELIN.

De la formation dans l'accouchement. (*Therapeutique moderne russe*, n° 12, 1897). — En se basant sur 35 cas où il employait la formaline en solution de 1 à 2 pour 1000 à la clinique d'accouchements de Tamboff, l'auteur arrive à la conclusion que l'action antiseptique de la formaline est suffisante, du moins dans les accouchements normaux. Il croit donc que la formaline peut, dans ce cas, remplacer le sublimé, et comme elle ne présente aucun danger il faut donc la préférer à celui-ci.

Enfin, autre avantage qui n'est pas à négliger quand on a affaire à des malades pauvres, son prix est très modique.

Le seul inconvénient de la formaline, c'est sa forte odeur perceptible même dans des solutions très diluées. Enfin, la formaline n'ayant pas de couleur ne tache ni les instruments ni le linge.

B. TAFT.

Traitement du melena des nouveau-nés (*Archives russes de Pathologie*, 1897). — Il s'agit, dans le cas observé par DIMITRIEVSKY, d'un enfant de cinq jours, parfaitement sain à la naissance et pendant les trois premiers jours, nourri au sein par une nourrice forte et bien portante. Le quatrième jour l'enfant fut pris de selles noires contenant du sang coagulé, suivies le lendemain de vomissements sanguinolents. L'auteur prescrivit alors des enveloppements des extrémités dans de la flanelle et à l'intérieur une goutte de perchlorure de fer toutes les deux heures. Ce traitement n'amena aucun résultat et le lendemain l'état du petit malade s'aggrava (pouls 138; température rectale 36,3°; respiration 50). L'auteur ajoute à son traitement l'extrait de l'ergot de seigle et depuis ce moment l'amélioration commence. Le septième jour de la maladie (le lendemain de l'administration de l'ergot de seigle), les vomissements sanguinolents cessèrent, les selles continuant cependant à rester sanguinolentes. Le huitième jour les selles redeviennent normales et l'enfant finit par guérir.

Ajoutons que, dans un autre cas observé par Stern (Ejenedelnik n° 48, 1897) les selles sanguinolentes avaient apparu dès le deuxième jour. Ici le traitement par l'ergot de seigle et l'extrait fluide d'hydrastis canadensis ne réussit pas; on obtint au contraire la guérison en prescrivant du perchlorure de fer et quelques gouttes de vin.

Ces deux cas prouvent que le traitement pathogénique du melena n'existe pas encore et que le même médicament (l'ergot de seigle), peut être efficace dans un cas et inefficace dans un autre.

B. TAFT.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

LEUCOPLASIE BUCCALE

La *Leucoplasie buccale* peut être d'origine syphilitique tabagique, tabagique et syphilitique (langue métisse de Fournier). elle peut survenir en dehors de ces causes.

Que le *tabac* soit en cause ou non, celui-ci doit être supprimé d'une façon absolue.

Dans le cas de syphilis avéré, les avis sont partagés : *a*) pour les uns, le *traitement spécifique* est non seulement inutile, mais nuisible.

b) pour les autres, peut être institué, mais plutôt, en ce qui concerne le mercure, sous forme de frictions et d'injections, et en ce qui concerne l'iodure, par la voie rectale.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE : occupe la place la plus importante,

On doit *nettoyer les dents* avec le plus grand soin et faire *enlever ou émousser les chicots* dont les aspérités pourraient léser la langue.

De l'*alimentation* doivent être bannis les aliments épicés, les mets assaisonnés avec du vinaigre, les noix, le sucre en nature, le vin pur, les liqueurs, les boissons glacées ou brûlantes.

La *constipation* doit être combattue.

TRAITEMENT LOCAL

Bains de bouche avec des solutions alcalines faibles :

Solution de bicarconate de soude à 2 p. 1000
de salicyclate de soude à 1 p. 1000
de borate de soude à 5 p. 1000

Avec des eaux alcalines naturelles (Vals, Vichy), les bains de bouche seront renouvelés quatre à cinq fois par jour.

On peut encore employer en bains la décoction de racine de guimauve, additionnée de borax; la décoction de feuilles de coca (2 p. 1.000).

Aux bains on peut associer les *pulvérisations d'eau de Chalus* ou mieux *d'eau de Saint-Christau* (Bazin), qui contient une très faible proportion de sulfate de cuivre.

Onctions grasses avec les pommades suivantes :

a) aristol . . . . 1 gr.
vaseline . . . 50 gr.
b) iodol. 0 50
vaseline . . . 1 gr.
c) Chlorhydrate de cocaïne . 0 gr. 05
Baume du Pérou . . . . } âà 1 gr.
Acide borique pulvérisé . }
Vaseline 40
(Besnier.)

Applications de topiques :

a) Acide trichloracétique pur.
b) Alcool . . . . . 10 gr.
Acide salicylique. . . 1 gr.

ou bains de bouche 5 ou 6 fois par jour avec un verre d'eau additionnée de 40 gouttes d'une solution alcoolique salicylique au cinquième.

c) Papaiotine.

Eau distillée. . } âà 25 gr.
Glycérine . . . }
Papaiotine. . . 2 gr. 50 (Schwimmer).

d) Baume du Pérou pur (Lassar).
e) Huile de cade vraie (Besnier).
En applications deux fois par jour.
f) Acide lactique en solution au tiers.
g) Acide chromique en solution au 100e.
(Badigeonnages des points malades deux ou trois fois par jour).
h) Iodoforme.

Beurre de cacao . . 10 gr.
Iodoforme . . . . . 0 gr. 10

Faire une sorte de crayon pour toucher la langue plusieurs fois par jour.

En dernier ressort *ablation* des parties malades quand il y a lieu de craindre la transformation épithéliomateuse.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Cours de pathologie générale. — Mardi soir, 19 avril, à 5 heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le Pr Bouchard a inauguré son cours de pathologie générale. Il le continue les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Dans cette première leçon, le professeur a étudié la formation du sucre dans l'économie.

Prix Chateauvillard (2,000 fr.). — Le prix Chateauvillard pour l'année 1898 est partagé ainsi qu'il suit :

1° 1.200 fr. à M. le Dr Zambaco-Pacha (de Constantinople), pour son ouvrage intitulé : *Les lépreux ambulants de Constantinople* :

2° 400 fr. à M. le Dr Renon (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme* :

3° 400 fr. à M. le Dr Le Double (de Tours), pour son ouvrage intulé : *Traité des variations du système musculaire de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique.*

Société de médecine légale de France (*Séance du lundi 4 avril 1898*). — L'affaire Laporte est revenue le 4 avril devant la Société de médecine légale.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. Pinard a lu une communication dans laquelle il a commencé par protester contre la rédaction de l'ordre du jour voté dans cette séance, alléguant que cet ordre du jour pourrait laisser supposer que tous les documents publiés par M. Varnier avaient été inexactement reproduits par lui. Il a continué en critiquant la communication de MM. Maygrier et Socquet, relative aux lésions vésicales trouvées chez la femme Fresquet, et il a soutenu de nouveau que ces lésions étaient spontanées.

M. le Président Benoit a fait remarquer à M. Pinard que le vote de l'ordre du jour de la dernière séance ne portait que sur une seule pièce, le rapport sommaire attribué à M. Socquet, et publié en tête de son article, par M.

Varnier, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, d'octobre 1897.

M. CHARPENTIER a maintenu la déclaration qu'il avait faite à la dernière séance, après examen de la pièce anatomique présentée à la Société, par MM. Maygrier et Socquet. Les lésions sont bien d'origine traumatique, et, étant donné leur situation, elles ne sauraient avoir été produites par des aiguilles osseuses du bassin : il ne peut y avoir de doute à cet égard.

M. SOCQUET a pris ensuite la parole, et a donné lecture de sa lettre, publiée dans le *Bulletin médical* du 3 avril, où il déclare n'avoir jamais écrit ni signé, ni remis au juge d'instruction le rapport sommaire de sept lignes, publié par M. Varnier.

Il lit également la réponse de M. Varnier, déclarant que ce rapport sommaire aurait été remis à M. Pinard, par Me Henri Robert, qui le tenait lui-même d'un copiste dont le travail aurait été reconnu mathématiquemant exact. Or, M. Socquet rappelle un incident d'audience qui s'est produit aux débats en appel au cours de la plaidoirie de Me Henri Robert, et duquel il résulte justement que le rapport sommaire publié par M. Varnier, a été reconnu inexact par Me Robert lui-même. D'ailleurs, M. Pinard assistait à l'audience et a été témoin de cet incident, dont voici le compte rendu sténographique :

« Me ROBERT. — M. Laporte a été envoyé à Mazas sur une information un peu hasardée. Vous avez au dossier une déposition qui vous montre que non-seulement les commères peuvent varier, mais que même les hommes les plus respectables peuvent se tromper. Les médecins, même ceux pour lesquels j'ai beaucoup d'affection, sont sujets à de cruelles erreurs, et l'arrestation du Dr Laporte a été causée par une de ces erreurs. A la cote 16 du dossier figure une déclaration de M. Socquet, ainsi conçue :

Voici mes conclusions sommaires :

Laporte a opéré l'accouchement avec imprudence, négligence....

M. LE PRÉSIDENT. — Pardon, Me Robert, vous lisez cela dans les publications qui ont été faites; ce ne sont pas les pièces du dossier; ce que vous lisez se trouve dans les brochures qui ont été distribuées.

Me ROBERT. — Je ne demande qu'une chose, c'est de m'être trompé sur ce point spécial. En matière correctionnelle, on a la bonté de ne jamais nous donner copie des dossiers. *Par conséquent, nous sommes obligés de prendre nos documents où ils sont publiés.* Je ne tire argument de ceci que parce que *je croyais que le texte était exact.* »

Que devient alors, ajoute M. Socquet en terminant, l'affirmation de M. Varnier « que le travail du copiste a été reconnu (par qui?) *mathématiquemt* exact? »

A la suite de cette discussion, M. le Président Benoit a proposé de modifier l'ordre du jour de la dernière séance, afin de lui donner plus de précision.

Après quelques observations présentées par MM. Pouchet, Constant, Danet, Motet, la Société a adopté l'ordre du jour suivant :

« La Société de Médecine légale, ayant pris « connaissance, à propos d'une expertise récente, « des documents officiels et après les avoir rapprochés des documents publiés à l'appui des « attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate *que le « document intitulé* EXTRAORDINAIRE PIÈCE « MÉDICO-LÉGALE, *et duquel on tirait l'argument qu'aux yeux du Dr Socquet la culpabilité du Dr Laporte ne faisait pas de doute, « a été* INCOMPLÈTEMENT *et* INEXACTEMENT « *rapporté, ce qui était de nature à égarer « l'opinion publique.* »

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du cou, par FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris; A.-G. GUILLEMAIN, chirurgien des Hôpitaux de Paris; A. MALHERBE, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, avec 101 gravures dans le texte, cart à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

Ce volume est la continuation des monographies publiées par M. le professeur TERRIER et ses élèves d'après son cours de *médecine opératoire* de la Faculté de Médecine de Paris.

Le volume est divisé en quatre parties; dans la première, consacrée à la *Chirurgie des voies aériennes*, les auteurs étudient la laryngoscopie, le cathétérisme et la dilatation des voies aériennes, le traitement endo-laryngé et extra-laryngé des polypes et tumeurs du larynx, les

laryngotomies, les laryngectomies, la trachéotomie. Dans la deuxième partie est étudiée la *Chirurgie du corps thyroïde* : thyroïdectomie, exothyropexie, indications thérapeutiques du goître. La troisième partie comprend la *Chirurgie de l'œsophage*, et la quatrième, la *Chirurgie des vaisseaux, des ganglions lymphatiques des muscles et nerfs du cou* : ligature des artères, anévrysmes, torticolis, etc.

Traité de Gymnastique médicale suédoise, par le Professeur A. WIDE, directeur de l'Institut orthopédique de l'État à Stockholm, traduit annoté et augmenté par le Dr M. BOURCART, Privat-Docent à l'Université de Genève, préface du Dr FERNAND LAGRANGE. (1 fort vol. gr. in-8° avec 128 grav. dans le texte, 12 fr. 50. — Félix Alcan éditeur, Paris.)

Depuis les publications du Dr Fernand Lagrange la *Gymnastique suédoise* a conquis droit de cité en France; cependant pour affermir sa base dans les milieux scientifiques, il fallait un *traité technique*. M. le Dr Bourcart a pensé combler cette lacune en traduisant dans notre langue l'ouvrage classique du professeur Wide de Stockholm.

Le plan du livre est conçu dans l'esprit le plus rationnel. Le lecteur y trouvera d'abord l'exposé des moyens d'action du système suédois c'est-à-dire l'énumération et la description détaillée de tous les mouvements qui composent l'arsenal de la gymnastique médicale. Puis vient l'exposé des règles générales suivant lesquelles ces mouvements doivent être appliqués au traitement des maladies. Enfin suivent les indications spéciales que comporte chaque maladie : choix des mouvements qui conviennent au cas traité, manière de les appliquer suivant chaque sujet et suivant la forme clinique que présente son état morbide. Ainsi est passée en revue l'application du système *au traitement des affections des organes de la circulation et de la respiration, de l'appareil digestif, du foie des organes génitaux-urinaires, des organes génitaux de la femme du système nerveux et du système musculaire, des maladies constitutionnelles, des affections des os et des articulations*.

M. le Dr Bourcart a complété ce traité par plusieurs chapitres qu'il a consacrés aux *affections abdominales et gynécologiques*, et par un travail sur *le massage en ophtalmologie* qu'il a demandé au Dr D. Gourfein.

Lexique-Formulaire des Nouveautés Médicales, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in-18 de 336 pages, cartonné, J.-BAILLIÈRE et FILS

Ce petit volume renferme des documents disséminés dans un nombre considérable de Traités et de Journaux de médecine, que les Dictionnaires les plus complets, les plus récents, ne renferment pas. Epargner au travailleur des recherches parfois longues et pénibles, secourir la mémoire du praticien, tel est le but du *Lexique-formulaire des Nouveautés Médicales*.

Le lecteur y trouvera l'analyse des travaux, l'exposé des découvertes et des théories les plus récentes en *pathologie générale*, en *anatomie* et en *physiologie pathologiques*, en *clinique* et en *thérapeuthique médicales* et *chirurgicales*; l'indication des *nouvelles méthodes thérapeutiques*, des *nouveaux médicaments* et des *nouvelles opérations*.

Notes sur l'hygiène respiratoire et cutanée de l'enfance dans les villes, par le Dr AUGUSTE DUVIARD. (Paris, 1878. Soc. d'éditions scientifiques. 1 vol. in-8, 102 p.)

La tuberculose et son traitement hygiénique. Notions pratiques, par PROSPER MERKLEN, interne des hôpitaux de Paris. (1 vol. in-20, 190 p., de la collection de la *Bibliothèque utile*, F. Alcan, éditeur, Paris, 1898.)

Magnétisme vital, par ED.-GAST. DESFOSSÉS, avec une préface de E. BOIRAC. (1 vol. in-18, 335 p., Soc. d'éditions scientifiques, Paris, 1897.)

Nouvelle Imprimerie, 3 rue Bourdaloue. — Paris. *Le Propriétaire-Gérant*, R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Congrès pour l'étude de la Tuberculose humaine et animale. 4e Session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1898. *Statuts, règlement et questions proposées.*—STATUTS. I.—Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, aura lieu à Paris du 27 juillet au 2 août 1898, dans les locaux de la Faculté de Médecine.

II.—Ce Congrès est organisé par un Comité permanent composé de : MM. le professeur CHAUVEAU, le professeur BOUCHARD, le professeur NOCARD, d'Alfort, HÉRARD, BUTEL, LEBLANC, ROSSIGNOL, BROUARDEL, CORNIL, FOURNIER, GRANCHER, LANDOUZY, LANNELONGUE, POTAIN, RICHET, Louis-Henri PETIT, DROUIN et P. VILLEMIN.

III. — Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine et tous les vétérinaires, français ou étrangers, qui s'inscriront en temps utile et qui paieront la cotisation.

IV. — Cette cotisation est de 20 francs. Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

V. — Dans la séance d'inauguration du Congrès, on procèdera à la nomination du bureau définitif.

VI. — Le bureau du Congrès nomme les présidents d'honneur et les secrétaires adjoints.

VII. — Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français. Elles seront publiées *in extenso* ou en résumé sous la surveillance du Comité Le nombre des communications est limité à deux. Elles ne pourront avoir plus de dix pages d'impression.

VIII. — Tout travail qui a déjà été imprimé ou présenté à une autre Société savante ne peut être lu au Congrès,

IX. — Tout travail qui serait publié, autrement que par les soins du Comité du Congrès, dans un délai moindre que trois mois après la session, ne figurera que par son titre au volume des comptes rendus.

RÈGLEMENT. — I. — Les médecins et vétérinaires qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, et y joindre la somme de 20 francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre du Congrès.

II. — Les séances ont lieu de 9 heures à 12 heures, le matin, et de 3 à 6 heures de l'après-midi, dans les locaux de la Faculté de médecine.

III. — Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance, par le Comité d'organisation; les autres librement choisies, mais ayant toujours trait à la tuberculose.

IV — Les questions seront mises à l'ordre du jour suivant un programme indiqué d'avance par les membres du bureau.

Un jour sera destiné à des démonstrations pratiques faites dans les laboratoires de la Faculté de Médecine; des visites seront faites dans divers services des hôpitaux de Paris, les postes de désinfection, le sanatorium d'Ormesson, etc.

V. — Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés d'en prévenir le secrétaire général un mois au moins avant l'ouverture du Congrès. Ils devront y joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera publié *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

VI. — Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au secrétaire général.

VII. — Les communications peuvent avoir une durée de 10 minutes. Le président a le droit, sans consulter l'Assemblée, de donner une prolongation de 5 minutes, soit 15 minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

IX. — Il est accordé à chaque orateur 5 minutes pour la discussion, et, avec l'agrément du président, 10 minutes.

Le même orateur ne peut parler dans la discussion en cours pendant une même séance plus de dix minutes, sans l'assentiment de l'Assemblée.

X. — Les manuscrits des communications doivent être remis aux secrétaires au début de la séance qui suit celle de la communication ou la discussion, faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

Sixième question. — 1° Les sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose : rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter et Thiercelin ;

2° Des moyens et des limites dans le traitement de la tuberculose : rapporteurs : MM. les professeurs Landouzy et Lépine ;

3° Des rapports de la radioscopie et radiographie dans le diagnostic de la tuberculose : rapporteurs : MM. Kienböck (d'Autriche) et Thiercelin ;

4° Des rapports de la cure de repos dans le traitement de la tuberculose : rapporteurs : MM. les professeurs Bergonié, de Bordeaux, et Lannelongue, de Paris ;

5° Des mesures à prendre contre la tuberculose animale par la prophylaxie : rapporteur : M. le professeur Nocard, de l'Alfort ;

6° Des mesures à prendre contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux : rapporteur : M. A. J. Martin.

7° De la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie : rapporteur : M. le docteur L. H.

Troisième question à mettre au vœux du Congrès.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors de celles proposées, qui viendront la plupart dans les ordres du jour, le Comité d'organisation désire voir un peu particulièrement l'attention sur les suivantes :

Valeur démonstrative et pronostique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

De la contagion de la tuberculose par le lait et la viande faits scientifiquement et des moyens de l'éviter. — Du pasteurisme, des meilleures pratiques d'obtenir le lait stérilisé et d'en généraliser l'emploi exclusif.

De la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux.

De la cure d'été et de la cure marine de la phtisie.

Des modifications de forme du bacille de la tuberculose et de sa signification pathologique.

Des conditions organiques, cellulaires et humorales qui constituent le terrain tuberculeux ou de prédisposition à la tuberculose.

Prière d'adresser l'adhésion avec un mandat postal de 20 francs, ainsi que la demande des billets de chemin de fer avant le 1er juillet à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, PARIS.

Prière d'adresser tout ce qui concerne les communications et l'organisation du Congrès à M. le Docteur L. H. PETIT, secrétaire général, à MENTON (ALPES-MARITIMES).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires. Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laennec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**.

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ORTHOFORME EN GYNÉCOLOGIE

par le Dr R. BLONDEL

Licencié ès-Sciences, Chef de Laboratoire à l'hôpital de la Charité, Secrétaire général adjoint de la Société de Thérapeutique.

Communication lue à l'Académie de Médecine (Séance du 10 avril 1898).

L'Orthoforme, obtenu en 1896 par Einhorn et Heintz, (1) est un éther méthylique de l'acide para-amido-metoxy-benzoïque, qui a été déjà l'objet de plusieurs applications intéressantes, en Allemagne, en France et en Angleterre (2). Choisi par ces deux chimistes au milieu d'une riche série de produits de substitution dérivés de la cocaïne, il permet d'obtenir une anesthésie locale aussi complète que celle-ci, mais d'une plus longue durée, pouvant aller jusqu'à vingt-quatre heures; il est dépourvu de toute toxicité; enfin, il est doué d'un pouvoir antiseptique indiscutable, vis-à-vis des microbes ordinaires de la suppuration.

La lenteur de sa solubilité dans les milieux non acides, lui permet de développer, d'une façon progressive et continue, son action analgésique; de là, un avantage réel sur la cocaïne, dont l'action, plus immédiate, il est vrai, s'épuise rapidement. Mais ce qui lui assure une supériorité plus intéressante encore sur cette dernière substance, c'est son innocuité absolue. Ingéré par des animaux, à doses même considérables, l'orthoforme n'a provoqué aucun phénomène toxique : appliqué sur de larges surfaces ulcérées, même à la dose énorme de 50 grammes par jour, il n'a déterminé aucun trouble.

Son action analgésiante paraît se manifester plus sûrement et surtout plus rapidement sur les muqueuses et sur la peau dénudée de son épiderme. Le type du cas favorable à

(1) EINHORN et HEINTZ : *Münchener Med. Wochenschrift* 1897, n° 34.

(2) NEUMAYER : Ueber Orthoform. *Münchener Med. Wochenschrift.* 1897, n° 44 ;
KLAUSSNER : Ueber Orthoform. *Münchener Med. Wochenschrift.* 1897, n° 46;
KALLENBERGER : Ueber Orthoform. In *Dissertation.* München 1897 ;
HIRSCHBRÜCH : *Berliner klinische Wochenschrift.* 1897, n° 51 ;
LICHTWITZ et SABRAZÈS : L'Orthoforme comme anesthésique et comme antiseptique. *Bulletin médical* 1897, n° 94 ;
BOISSEAU : De l'Orthoforme, son emploi en oculistique. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux,* 1897, n° 51;
TSCHERNOGOUBOV : *Semaine médicale,* 1898, p. LXII;
BERNOUD et GAREL : *Société des Sciences médicales de Lyon,* 23 mars 1898;
GINESTOUS : *Semaine médicale,* 13 avril 1898, n° 20;
YONGE : *British Med. Journal,* 1897, p. 362.

l'action de l'orthoforme, d'après les recherches déjà publiées sur les effets de ce corps, ce sont les brûlures avec dénudation du derme.

Nous avons songé à employer l'orthoforme dans un certain nombre de cas de la pratique gynécologique et les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici nous ont paru des plus encourageants. Nous avons fait usage, pour la dilatation utérine, toujours si douloureuse, de laminaires que nous avions laissées préalablement séjourner dans l'éther saturé d'orthoforme pendant huit jours. Huit malades ont été traitées au moyen de ces laminaires, dont trois nullipares, à orifice interne sténosé, avec flexion marquée du corps utérin. Chez six d'entre elles, la douleur a été à peu près nulle, bien que les malades, prises parmi les sujets de la consultation de notre clinique, aient continué d'aller et venir et de vaquer à leurs occupations. Deux seulement (nullipares), ont souffert légèrement au bout de cinq à six heures, à leur première laminaire; c'étaient, d'ailleurs, les deux premiers sujets en expérience, et depuis que nous avons pris soin, avant d'introduire la laminaire, au sortir de l'éther orthoformé, de l'enduire encore d'orthoforme en poudre, nous n'avons plus vu ces douleurs reparaître. Une seule malade, n'ayant pas souffert de ses premières laminaires, accusa des douleurs vives pendant l'emploi de la quatrième; mais ces douleurs, limitées aux annexes d'un seul côté, étaient visiblement dues au réveil d'une inflammation mal éteinte dans celles-ci; elles doivent donc être mises sur le compte de la méthode, c'est-à-dire de la dilatation et non du produit lui-même.

Il importe toutefois de ne pas laisser trop longtemps les laminaires en place, car vers la vingtième heure, environ, l'action du médicament commence visiblement à s'épuiser et les douleurs reviennent peu à peu sourdement. La preuve que l'analgésie était bien due à la présence de l'orthoforme, c'est qu'aussitôt la laminaire enlevée et remplacée par une autre du même calibre que la largeur nouvelle de l'orifice interne, et préparée également à l'orthoforme, — la douleur disparaît.

En somme, bien que le nombre des cas observés par nous soit encore restreint, nous pensons que l'emploi de laminaires ayant séjourné dans l'éther saturé d'orthoforme, constitue un progrès considérable pour la technique de ce moyen d'action en gynécologie, en supprimant presque complètement l'inconvénient capital et jusqu'ici inévitable qu'il comportait, c'est-à dire la douleur.

Mais il est un point sur lequel nous avons pu acquérir une expérience beaucoup plus complète des effets analgésiques de ce corps en gynécologie. Il s'agit de la dilatation de l'utérus obtenue, non plus à l'aide des laminaires, mais à l'aide de simples mèches de gaze antiseptique, de dimensions croissantes, imbibées de glycérine et introduites journellement dans la cavité utérine, à l'aide d'un porte-mèche légèrement échancré à l'extrémité, ayant la taille et la courbure d'un hystéromètre ordinaire. Ce procédé de dilatation-drainage, que nous appliquons au traitement de l'endométrite depuis plus de six années, et que nous avons d'ailleurs minutieusement décrit au *Congrès de Gynécologie* de Bordeaux en 1895, ne nous a jamais donné que des succès, sur un nombre de cas qui n'est pas loin d'atteindre aujourd'hui un millier de malades. Ainsi que nous l'avons expliqué en son temps, on obtient, par ce seul moyen, tout à la fois la *dilatation* large de la cavité utérine, peut-être un peu moins rapide, mais à coup sûr moins brutale et moins douloureuse qu'avec les laminaires, — l'*étalement de la muqueuse*, si favorable à la résorption des exsudats inflammatoires, — l'*évacuation* de ses glandes, grâce à l'hypersécrétion provoquée par la glycérine, — enfin la *désinfection* de toute la muqueuse utérine par l'introduction et le séjour prolongé d'un antiseptique dans la cavité même de l'organe.

Ce traitement permet aux malades de continuer de vaquer à leurs occupations, sans trop de souffrances. Toutefois, il n'est pas réellement indolore et beaucoup de malades un peu nerveuses, accusent, avec les premières mèches, des coliques fort pénibles, dues, peut-être, autant à l'action excito-musculaire de la glycérine qu'à la révolte de l'utérus dilaté.

Ce dernier inconvénient d'un traitement, en somme excellent, l'orthoforme nous a permis de le supprimer d'une façon absolument complète, en ajoutant à la glycérine, au moment d'y plonger la mèche, quelques centigrammes d'orthoforme en poudre dont on fait avec elle une sorte de bouillie. Dans ces conditions, la malade n'éprouve aucune espèce de douleur pendant vingt-quatre heures, moment auquel on renouvelle le pansement pour le remplacer par un autre aussi indolore.

Plus de cinquante malades traitées de cette façon à notre clinique, ont vu leur endométrite disparaître en 3 à 5 semaines, sans avoir perdu une heure de leur travail, ni s'être jamais plaintes d'aucune souffrance.

Autre point. Après le curettage, qui reste en définitive l'ultima ratio à opposer aux métrites fongueuses, à forme hémorrhagique, le tamponnement intra-utérin à la gaze saupoudrée d'orthoforme a supprimé toute douleur consécutive dans tous les cas où nous l'avons employé.

Enfin, nous avons essayé d'employer ce tamponnement intra-utérin préalable à l'aide de la gaze orthoformée, pour obtenir une analgésie de la muqueuse utérine permettant d'exécuter le curettage sans recourir à l'anesthésie générale par le chloroforme. En appliquant ce pansement une heure avant l'opération, nous avons obtenu une diminution considérable de la sensibilité, qui, sans aller jusqu'à l'indolence absolue, représente un état tellement supportable qu'aucune des six malades ainsi traitées n'a exprimé le regret de n'avoir pas été endormie « pour aussi peu de chose », disaient-elles. Avec le pansement intra-utérin consécutif à l'orthoforme, l'anesthésie absolue apparaissait et les malades rentraient chez elles à pied immédiatement après l'opération.

Il est évident, du reste, qu'il faudra pratiquer le curettage avec douceur et sans précipitation, et qu'il vaudra mieux éliminer, pour appliquer la méthode, les cas où l'utérus présente une sensibilité excessive, s'éveillant dès le simple abaissement du col et mettant en jeu la sensibilité de régions qui échappent à l'action anesthésique toute locale de l'orthoforme, telles que les ligaments utérins et le paramétrium.

Après l'accouchement, nous avons pu obtenir l'analgésie complète de déchirures des petites lèvres, trop peu importantes pour être suturées, mais néanmoins très douloureuses, vu l'extrême sensibilité de la région.

Pour les affections des voies urinaires, les résultats ont été plus variables. Introduit en suspension dans la vessie, dans les cas de cystite, l'orthoforme ne nous a paru diminuer en rien les douleurs vésicales, ni agir aucunement sur la durée de l'infection, bien que diverses expérimentations lui aient reconnu in vitro une action antiseptique que nous ne voulons nullement mettre en doute. Il est possible que l'insolubilité complète de l'orthoforme dans les milieux alcalins soit la cause de son peu d'effet lorsque la vessie renferme une urine alcaline, ce qui est le cas général dans les cystites. Il est vraisemblable que lorsque l'urine est acide ou rendue acide par l'injection de benzoates ou d'hippurates, l'orthoforme, venant à se dissoudre, donnerait des résultats meilleurs ; mais nous n'avons pas eu l'occasion d'en faire l'épreuve, n'ayant pas rencontré de cas de ce genre pendant le temps qu'ont duré nos expériences.

Chez une malade portant des hémorrhoïdes ulcérées et accusant des douleurs atroces chaque fois qu'elle allait à la garde-robe, l'emploi d'une pommade renfermant 100 0 d'orthoforme, appliquée 1/4 d'heure avant d'aller à la selle, a rendu celle-ci absolument indolore et normale.

Signalons en terminant, une dernière application de l'orthoforme dans un tout autre domaine, mais qui n'en a pas moins un intérêt réel. Contre le coryza du nouveau-né et des tout jeunes enfants, l'introduction d'un peu d'orthoforme en poudre dans les narines, matin et soir, à l'aide d'un plumasseau d'ouate, a permis la guérison rapide de cette affection souvent tenace et parfois d'une extrême gravité chez les enfants à la mamelle. Le même résultat s'obtient d'ailleurs chez l'adulte. On a reconnu depuis longtemps une action analogue à la cocaïne, mais passagère et non inoffensive. L'orthoforme, dont le pouvoir est plus durable et qui joint à cela une réelle action antiseptique et une absolue innocuité, nous a donné quelques résultats excellents que nous croyons pouvoir signaler à l'attention des rhinologistes.

RÈGLES DU CATHÉTÉRISME (1)

Par le Dr Edg. Chevalier

Chirurgien des Hôpitaux.

A. — ANTISEPSIE DU CATHETERISME

Avant de décrire le cathétérisme, il importe d'exposer les moyens de le pratiquer antiseptiquement ou aseptiquement.

La stérilisation des instruments se fait dans les conditions ordinaires (étuves ou ébullition pour les instruments métalliques) mais elle comporte une technique toute spéciale pour les sondes.

§ 1er. — Stérilisation des sondes

Nombreux sont les procédés qui ont été proposés pour la stérilisation des sondes, mais bien peu évitent la détériorisation des instruments.

Les sondes en caoutchouc (sondes Nélaton) sont faciles à conserver et à stériliser.

Les sondes en gomme, d'un usage plus habituel, sont plus difficiles à stériliser : elles risquent de s'abîmer très rapidement.

---

(1) Extrait de la *Chirurgie des Voies urinaires*, par le Dr Edg. Chevalier (J.-B. Baillière, éditeur, 1 vol. in-18, actuellement sous presse.

Mais les unes comme les autres doivent être l'objet de soins préalables, quand elles auront déjà servi.

Elles seront essuyées avec soin pour les débarrasser des corps gras qui ont servi au cathétérisme (le savon de Guyon est facile à essuyer). Elles seront ensuite lavées à grande eau, puis lavées au savon et à la brosse, puis rincées dans de l'eau bouillie, et si la sonde est creuse on injectera dans son intérieur de l'eau savonneuse, puis de l'eau bouillie. Ceci fait, les sondes sont essuyées avec soin et sont mises à sécher.

Pour les sécher on peut simplement les laisser un temps assez long à l'air libre ou dans un tiroir : mais si l'on a besoin de s'en servir de nouveau assez rapidement, il vaudra mieux les mettre dans l'appareil de Janet, à double fond garni de chlorure de calcium; on les y laissera quarante-huit heures, après quoi elles pourront être stérilisées.

Cela fait, on peut, pour la stérilisation des sondes, avoir recours à deux pratiques très distinctes, suivant que l'on en veut faire un usage immédiat ou qu'il s'agit de conserver pendant un certain temps des sondes stériles.

Si l'on veut se servir de la sonde immédiatement, il suffira avant de l'employer de la faire bouillir pendant dix minutes environ dans une poissonnière longue ou une simple casserole ; la poissonnière sera préférable pour les instruments en gomme, surtout les sondes béquilles, qu'il vaut mieux laisser droites; la casserole servira pour les sondes en caoutchouc qu'on peut rouler sur elles-mêmes.

On peut aussi se servir de l'étuve sèche, comme nous le dirons tout à l'heure, ou de vapeur d'eau à 100°.

Quant à l'immersion prolongée de la sonde dans des solutions d'acide borique, de nitrate d'argent, de biiodure, de sublimé, etc., elle peut donner des garanties d'antisepsie, mais elle a deux inconvénients sérieux : elle altère très rapidement les sondes (sauf les sondes en caoutchouc) ; elle expose les sondes à une forte imprégnation du liquide antiseptique, qui peut leur donner des propriétés irritantes pour le canal, d'où urétrites.

Si l'on veut néanmoins avoir recours au trempage, il faut se servir de nitrate d'argent à 1 p. 1000 ou de biiodure à 1 p. 4000, et prendre soin de changer la solution chaque fois qu'on a fait usage de la sonde.

Si l'on veut pouvoir conserver les sondes que l'on vient de stériliser, comme l'humidité leur serait nuisible, il importe de recourir à d'autres procédés.

L'étuve sèche à 140° permet de stériliser une dizaine de fois les bonnes sondes en gomme si l'on a soin de les y placer, soit entourées de papier à filtre en plusieurs épaisseurs, soit entourées de mélange pulvérulent de talc et d'acide borique, soit en petit nombre dans des tubes de verre en les isolant du fond par un tampon d'ouate. Enfin on pourra (Terrier-Delagenière) leur faire subir trois stérilisations successives à 100°.

Les deux méthodes les plus commodes sont la stérilisation par l'acide sulfureux, et la stérilisation par le formol.

Acide sulfureux. — On pourra utiliser, s'il faut opérer en grand, l'appareil à claie tel que celui de la clinique de Necker, mais dans la pratique courante il est préférable de se servir de l'appareil de Janet. Il se compose :

1° D'un récipient métallique, sorte de flacon à chlorure de méthyle, qui contient de l'acide sulfureux pur liquéfié par pression, ou un mélange d'acide sulfureux et d'acide carbonique (Pictet).

2° D'un distributeur spécial métallique, qui va jusqu'au fond des tubes.

3° De tubes de verre fermés par des bouchons en ébonite et caoutchouc. On place plusieurs sondes bien séchées dans le tube de verre, on le ferme par le bouchon, on enlève la

clavette de celui-ci, on introduit le distributeur, que l'on met en communication avec le récipient, on ouvre la vis de celui-ci pendant un quart à une demi-minute, et le remplissage du tube en acide sulfureux est fait: il ne reste qu'à replacer la clavette du bouchon.

Formol. — Si l'on emploie le formol (soluton d'aldehyde formique à 40 p. 100), on peut se contenter de placer les sondes dans des tubes de verre au fond desquels on aura placé un tampon d'ouate hydrophile imbibé de la solution de formol concentrée,surmonté d'un coton hydrophile isolant les sondes.

On peut aussi employer l'appareil de Janet, formé d'une caisse métallique à deux ou trois compartiments; dans le compartiment du bas on place du trioxyméthylène en poudre qui dégage des vapeurs de formol, lesquelles iront imprégner les sondes placées dans les compartiments supérieurs qui sont à jour. On laisse ces sondes dans l'appareil jusqu'au moment de s'en servir.

Lorsque l'on doit se servir de sondes ainsi stérilisées (acide sulfureux ou formol), il faut les passer dans une solution boriquée ou une solution de biiodure de mercure très étendue, pour leur enlever les vapeurs irritantes pour l'urètre qui pouraient leur rester.

Les sondes seront conservées soit dans des tubes de verre si elles sont bien sèches, soit dans de la gaze phéniquée entourée de makintosch.

§ 2. — Antisepsie de l'opérateur et de l'opéré.

L'opérateur, que ce soit le chirurgien où le malade lui-même, doit se bien persuader que les soins de propreté et d'antisepsie doivent être aussi rigoureux pour un cathétérisme que pour une grande opération ; donc lavage et nettoyage des mains au savon et à la brosse; soins des ongles; immersion des mains dans un liquide antiseptique.

La verge, le gland et le prépuce surtout seront lavés et savonnés, puis baignés à l'aide de coton hydrophile imprégné d'une solution antiseptique (biiodure). Ensuite, avec une seringue munie d'un embout olivaire spécial de Janet, on donne une douche sur le méat maintenu béant par deux doigts de la main gauche, on fait ensuite une injection du canal avec la seringue dont l'embout s'applique sur le méat, ou bien à canal libre en introduisant simplement le bout de la seringue dans le canal et en irriguant largement : la solution boriquée est la meilleure pour tous ces lavages.

Si le sujet a la vessie infectée, le cathétérisme sera immédiatement suivi d'un lavage de la vessie et de l'urètre postérieur avec la solution de nitrate d'argent à 1 p. 1,000 et les lavages indiqués ci-dessus avant le cathétérisme doivent encore être plus rigoureux.

Si le malade se sonde lui-même, il faut lui conseiller d'agir comme il suit : la sonde aura subi une ébullition de dix minutes environ dans une poissonnière longue, ou une casserole; le flacon contenant l'enduit pour graisser est ouvert, les solutions boriquées et nitratées sont prêtes, la seringue est chargée, le malade fait la toilette des mains, de la verge, du méat, du canal ; il prend alors la sonde directement dans la poissonnière où elle a subi l'ébullition, il se sonde, et nettoie ensuite la sonde comme il a été indiqué plus haut.

S'il doit opérer la nuit, et se sonder plusieurs fois, il préparera plusieurs sondes, qui pour la nuit seront maintenues immergées dans la solution boriquée (dans un tube par exemple) : il y aura autant de sondes prêtes que de catéthérismes à faire.

Au matin les sondes seront de nouveau antiseptisées à l'eau bouillante et conservées dans un linge sec.

La nuit, ou quand le malade sort, le savonnage est souvent supprimé: on se contente

du nettoyage avec du coton trempé dans un liquide antiseptique, que le malade peut toujours avoir avec lui dans un petit flacon à large ouverture.

Pour le dehors, le malade peut emporter ses sondes dans des appareils variés : il y a des tubes de poche recourbés, des bouteilles plates, des boîtes métalliques, etc. ; divers objets de toilette, des cannes creuses, des parapluies, etc., ont été préparés de manière à renfermer un tube de verre où la sonde peut être placée.

Il est souvent nécessaire de faire suivre le cathétérisme, même explorateur, d'un lavage antiseptique de la vessie, et aussi du canal, en retirant la sonde.

Il faut que le chirurgien fasse lui-même les cathétérismes dans les cas de rétention aiguë d'urine d'origine aseptique, et surtout dans les cas de rétention incomplète avec distension, où le premier cathétérisme peut être mortel ; de même encore dans l'hématurie.

Enfin il ne faut laisser le malade opérer lui-même qu'après lui avoir montré *de visu* le mode opératoire et les précautions rigoureuses qu'il entraîne.

B. — CATHÉTÉRISME EXPLORATEUR

Le professeur Guyon a posé trois grands principes pour ce cathétérisme :

I. *Il faut faire le toucher à l'aide de l'instrument*, et pour cela il faut ne pas user de force et méthodiquement recueillir toutes les sensations. La main doit être attentive et docile.

II. *Il faut toujours savoir exactement dans quelle région du canal se trouve l'extrémité cachée de l'instrument.* — La résistance et la sensibilité de la portion membraneuse qui sépare les deux urètres antérieur et postérieur, et le palper périnéal ou rectal sont les éléments de contrôle.

III. *Les deux mains doivent participer au cathétérisme et rester solidaires* : c'est grâce à la bonne position donnée à la verge, donc grâce à la main gauche, que le cathétérisme est possible avec les instruments rigides qui suivent la paroi supérieure et les instruments souples qui suivent l'inférieure. Le cathétérisme fera parcourir quatre étapes à l'instrument.

a) L'urètre antérieur.
b) L'entrée de l'urètre postérieur.
c) Le portion prostatique.
d) Le col de la vessie.

§ 1er. — Exploration de l'urètre sain.

Vous avez à votre disposition les *bougies exploratrices à boule olivaire*, du n° 6 au n° 26 (de la filière Charrrière), à tige petite et à boule grosse.

Commencez toujours l'exploration par un numéro élevé, 18 à 22.

De la main gauche, tendez modérément mais fermement la verge ; écartez avec deux doigts les lèvres du méat. De la main droite, vous présentez la boule huilée de l'explorateur ; un petit mouvement de rotation vous fait pénétrer. Vous poussez très doucement en recueillant toutes vos sensations et celles du malade.

L'urètre supposé sain, vous n'êtes pas arrêté avant la portion membraneuse ; ici vous

êtes arrêté, et pendant un temps variable suivant les sujets. Tendez la verge de la main gauche, tirez-là en haut presque parallèlement à la paroi abdominale, mais tenez la boule de l'explorateur au contact du sphincter membraneux. Vous sentez bientôt la résistance cesser; le sphincter cède, la boule pénètre, et le malade accuse une sensibiblité très vive : il croit uriner, s'agite quelquefois. Vous êtes dans l'urètre postérieur. Dans la traversée prostatique que vous parcourez, vous n'avez pas de sensation spéciale, pas plus qu'en entrant dans la vessie.

Effectuez le retour avec les mêmes précautions : vous ne sentez rien, ou peu de chose, dans l'urètre normal, sinon la faible résistance du sphincter membraneux, mais pas de ressaut, ni de saillie.

Faites aussi le palper extra-urètral, périnéal ou rectal pour repérer exactement votre boule : cela vaut mieux que les mensurations.

§ 2. — Exploration de l'urètre malade.

Cette exploration ne doit être faite qu'après une interrogation complète du malade.

a) **Urétrite chronique.** — Avec un explorateur à boule n° 20 ou 21, vous parcourez l'urètre spongieux; vous constatez l'augmentation de sensibilité en certains points, la diminution de la souplesse, et votre boule ramène du muco pus jaune non filant, quelquefois sanguinolent. Il y a de l'urétrite antérieure.

Lavez à fond l'urètre antérieur, et avec la boule bien essuyée, explorez l'urètre postérieur, qui sera toujours moins sensible, et vous ramènerez des sécrétions blanchâtres, laiteuses : c'est de l'urétrite postérieure.

b) **Rétrécissements.** — Après la recherche des commémoratifs, blennoragie, traumatisme, pissement de sang, chancres, balanites, etc., vous faites toujours l'exploration à l'aide de l'explorateur à boule 20 à 21.

L'explorateur vous montre l'état du méat, de la fosse naviculaire, de l'urètre spongieux. Vous arrivez à un obstacle : notez le anatomiquement par région. Les obstacles peuvent être multiples et l'explorateur sent une série de ressauts dans une filière rétrécie, même sur des urètres vierges de traitement ou d'exploration : la multiplicité des rétrécissements est de l'urétrite chronique, l'unicité ressort du traumatisme. Vous rencontrez enfin un obstacle infranchissable à votre explorateur: prenez une boule 17 à 18, elle franchira un autre obstacle et s'arrêtera à son tour ; baissez encore et prenez le 12 puis le 8, le 6, et enfin les bougies filiformes qui pourront passer là où toutes les autres étaient arrêtées.

La portion rétrécie est la plus profonde, exception faite pour les rétrécissements péniens de chaude pisse cordée.

Les explorateurs vous ont donné le nombre, la résistance et un peu l'épaisseur des divers rétrécissements. Au retour, le talon de l'instrument accroche et vous éprouvez une série de ressauts sur chaque stricture, quelquefois très rapprochés, presque juxtaposés, sorte de rape, et donnant l'indice de ces rétrécissements cylindriques très étendus, qui, quoique rétrécissements larges, gênent singulièrement la fonction urinaire.

Pour connaître le degré de distensibilité de l'urètre, il faut avoir recours à la bougie conique olivaire qui est de plus en plus serrée à mesure qu'elle s'avance, et qui peut quelquefois être tellement serrée que la verge se tend et s'allonge quand on enlève la sonde (urètre élastique).

Spasme. — L'urètre antérieur est libre et vous êtes arrêté à la portion membraneuse, quelle que soit la petitesse de l'olive, ou de la bougie fine; si vous appuyez vous provoquez même quelquefois de la douleur.

Prenez alors une sonde exploratrice métallique à petite courbure ou un béniqué: présentez le bien à l'orifice de la portion membraneuse et, sans faire d'effort, attendez plutôt: l'instrument passe et pénètre dans la vessie sans rencontrer de nouvel obstacle. En le retirant, vous constatez qu'il n'est pas serré. Vous pouvez encore (pas toujours) faire le cathétérisme à la suite avec le béniqué conduit.

Calcul uretral. — Le palper extérieur et le toucher rectal peuvent déjà, avec la douleur, renseigner sur le siège du calcul. Mais il faut l'exploration intra-urétrale, et de préférence avec l'explorateur à boule olivaire, qui, au contact du calcul, vous donnera la sensation de frottement dite bruit de cuir neuf (frottement un peu rude et râpeux).

S'il y a un rétrécissement concomitant, vous passerez une bougie qui donnera la même sensation de frottement.

§ 3. — Exploration de la portion prostatique de l'urètre

C'est sur la paroi inférieure que vous rencontrerez les modifications prostatiques essentielles. C'est encore l'explorateur à boule olivaire qui est l'instrument choisi.

Vous aurez auparavant fait le toucher rectal.

Dès que l'explorateur à boule a franchi le sphincter membraneux, vous recueillez toutes vos sensations et vous vous rendez parfaitement compte de la longueur et de la direction rectiligne ou sinueuse du trajet jusque à l'entrée dans la vessie. Si le trajet est long, la portion prostatique est de même élargie.

Si la boule ne sent pas d'obstacle il ne s'ensuit pas que le cathétérisme métallique sera facile: si la boule sent un obstacle, la manœuvre d'entrée de l'instrument coudé sera difficile.

La boule étant sur une tige assez souple contournera l'obstacle soit à droite, soit à gauche: notez-le. Elle fera saigner dans bien des cas, enfin elle vous indiquera si la prostate est friable et fait craindre les fausses routes.

Vous saurez ainsi les déformations en longueur, largeur, épaisseur, et les vascularisations.

Il reste à faire pour la prostate le toucher intra-vésical.

Pour faire cette exploration il est nécessaire de se servir des *catheters coudés métalliques*, dont l'introduction, semblable à celle des lithotriteurs, doit être décrite.

Il vaut mieux se servir des explorateurs métalliques pleins : ils sont coudés, à tige moins volumineuse que l'extrémité, qui est renflée, mousse, un peu aplatie et un peu large : le type est l'explorateur métallique Guyon qui comporte 4 numéros, le 1 pour enfants, le 2 pour adultes, le 3 pour les prostates un peu fortes, le 4 pour les prostates fortes.

Le malade est couché sur le dos, les épaules basses, le siège relevé par un coussin dur (un oreiller roulé maintenu par une serviette, une couverture roulée). Il suffit que le sujet soit élevé de 15 à 20 centimètres au-dessus du plan du lit. Pour placer le coussin, le malade, étant couché sans oreiller sur le côté droit du lit, plie les jarrets, prend point d'appui sur les talons, se soulève : vous refoulez alors la chemise sous les lombes et, une

main à plat soutenant le sacrum, vous passez le coussin sous les fesses de manière qu'il les déborde un peu en avant. Vous dites au malade de fléchir modérément les genoux, puis de les écarter en les laissant retomber en dehors ; les pieds reposent alors sur toute leur surface externe ; placez le talon droit dans la concavité de la plante du pied gauche. Calez le coussin en plaçant quelques livres sous l'extrémité qui est du côté du milieu du lit : empêchez le malade de faire des efforts et de s'accrocher au bras ou à la tête de son lit.

Injectez à l'aide d'une seringue une centaine de grammes d'eau boriquée tiède (à la rigueur on peut se dispenser de cette manœuvre, qu'il est pourtant préférable de faire).

Placez-vous à la droite du malade, saisissez la verge de la main gauche entre le médius et l'annulaire, pendant que l'index et le pouce écartent les lèvres du méat, prenez l'instrument graissé de la main droite bien sèche, tenez-le légèrement et sondez ainsi en quatre temps :

a) *Premier temps* : Vous présentez l'instrument de façon *que la concavité de sa courbure regarde la face interne de la partie moyenne de la cuisse droite; la tige et le manche étant perpendiculaires ou obliques à la face* antérieure *de la cuisse.* Vous poussez l'instrument doucement et graduellement jusqu'au cul-de-sac du bulbe, dans lequel il arrive transversalement, le talon appuyé sur la paroi latérale gauche et le bec sur la paroi latérale droite (on peut le faire en sens inverse). La main gauche, pendant ce temps, a lentement amené la verge sur l'instrument, et les deux mains ont peu à peu conduit verge et instrument vers la ligne médiane et inclinés sur la paroi abdominale, à laquelle ils deviennent parallèles : le bec de l'instrument est alors au cul-de-sac du bulbe.

b) *Deuxième temps* : La main gauche tend la verge et la maintient oblique sur le pubis, ou verticale, ou encore tout à fait appliquée à la paroi abdominale : la main droite maintient légèrement l'instrument avec deux doigts latéralement placés, ou un doigt sur l'extrémité : la main gauche maintient la tension. Alors un petit mouvement de ressaut ou une simple tendance du pavillon à *s'abaisser sans tourner sur lui-même* indique que l'instrument est dans la bonne voie et s'engage dans la portion membraneuse.

S'il est en mauvaise position, le pavillon peut s'abaisser mais il tourne et n'avance pas. On observe ce mouvement tournant en examinant les deux points de repère du manche.

Evitez alors surtout de faire levier avec votre instrument : recommencez les manœuvres de la main gauche jusqu'à l'exécution parfaite du deuxième temps.

c) *Troisième temps* : C'est presqu'exclusivement la main gauche qui va agir. Qand vous avez vu que l'instrument demande à avancer, qu'il commence à s'abaisser, lâchez complètement la verge. La main droite soutenant le manche de l'explorateur, appliquez largement la main gauche sur la région pubienne : déprimez et abaissez en masse les parties molles de la région, en manœuvrant bien *en avant du pubis* ; vous redressez ainsi le canal membraneux. La main droite soutient doucement le pavillon sans propulser, et maintient ainsi le bec sur la ligne médiane : elle suit le mouvement d'abaissement de l'instrument.

d) *Quatrième temps* : Ce temps se confond avec le troisième *dans l'urètre normal*, et sans qu'on en ait conscience l'instrument parcourt l'urètre profond et arrive dans la vessie, où l'on a le sentiment de liberté complète : l'instrument avance, recule, se courbe à droite, à gauche, se retourne, etc.

Mais dans l'hypertrophie prostatique, ce quatrième temps du cathétérisme est plus compliqué. C'est encore la *main gauche* qui, de plus en plus fort, déprimera les parties

molles prépubiennes, beaucoup plus que dans le troisième temps ; appuyez au besoin des deux mains, en aidant du poids du corps. La verge s'abaisse alors et l'instrument progresse.

La main droite reprend le manche de l'instrument, fait de petits mouvements de reptation très doux : on sent qu'il avance, et bientôt franchit l'entrée de la vessie. La main gauche n a pas cessé d'abaisser les tissus prépubiens et le manche de l'instrument s'était abaissé jusqu'entre les jambes et au-dessous.

Si l'instrument ne se dégage pas, il faut reculer, reprendre la position du troisième temps, et recommencer les manœuvres. Vous pouvez encore, après avoir reculé, placer le doigt dans le rectum : il maintiendra le bec le long de la paroi supérieure et aidera la progression ; l'instrument alors a été pris de la main gauche.

Si l'on échoue on prend un instrument à bec plus long, l'explorateur métallique 4 ou un lithotriteur à long mors. Si l'on échoue encore on remet à une séance ultérieure et on laisse reposer les organes : la sonde à demeure pendant 24 heures facilite singulièrement les manœuvres.

Quelquefois la région prostatique de l'urètre est tellement dilatée qu'on a pu s'y croire dans la vesssie : mais le bec de l'instrument n'y a pourtant qu'une liberté modérée et non la liberté complète de la vessie.

Evitez aussi de vous croire dans la prostate quand vous êtes dans une petite vessie, rétractée ; les mouvements dans les diamètres transverses sont toujours possibles dans une vessie. Enfin, si vous rencontrez un obstacle un peu anormal, rendez-vous compte : n'insistez pas à l'aveugle de peur de perforer le fond de la vessie.

Pour retirer les instruments ramenez les de façon à sentir la partie antérieure du col vésical au contact de la concavité de l'instrument ; alors seulement faites l'élévation du manche ; élevez graduellement celui-ci vers la ligne médiane, couchez-le parallèlement au pli de l'aîne ; l'instrument sortira ainsi.

Pour la recherche des saillies prostatiques intravésicales, voir l'*exploration de la vessie*.

(*A suivre*).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 avril 1898.

M. Barbier présente un ouvrage intitulé : *Les complications de la rougeole.* L'auteur y fait ressortir combien est dangereuse l'hospitalisation des rubéoleux, telle qu'elle est pratiquée par l'Assistance Publique. La réunion de tous ces malades dans les salles d'isolement, où on les place en nombre souvent élevé, favorise au plus haut degré la contagion des complications de la rougeole. Il faudrait installer, non un *service*, mais des *chambres* d'isolement, où les malades seraient seuls : même précaution pour les cas douteux. La rougeole diminue la force de résistance ou l'immunité vis-à-vis d'infections diverses. En outre, on constate que le streptocoque, par exemple, subit, en passant d'un rubéolique à un autre, une exaltation constante. La complication principale causée par ce microbe, la broncho-pneumonie, se montre toujours bénigne dans les premiers cas observés ; sa malignité augmente en passant d'un malade à l'autre.

M. Bardet, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la communication faite à la Séance précédente, par M. Frémont, au sujet du *traitement de la dyspepsie par le suc gastrique de chien* : l'orateur constate que les études et les travaux qui se trouvent résumés dans la note de M. Frémont représentent un travail considérable. Trois points sont principalement à relever : 1° L'inutilité de l'administration de suc gastrique en cas d'hyperchlorhydrie. M. Mathieu a émis pourtant l'hypothèse que l'administration d'acide lactique aux hyperchlorhydriques serait peut-être un bon procédé thérapeutique. Cette opinion va à l'encontre des faits colligés par M. Bardet, qui a toujours observé que la fermentation lactique était extrêmement douloureuse.

2° Le suc gastrique de chien donne des résultats rapides dans l'hyposthénie gastrique. L'emploi de ce suc, si difficile à obtenir, est-il bien nécessaire ? Ne pourrait-on se servir de solutions artificielles chlorhydro-peptiques ? Un dosage des sucs gastriques employés par M. Frémont s'impose : on pourra, en se basant sur les chiffres obtenus, préparer des sucs gastriques artificiels, à condition d'employer de la pepsine en paillettes, titrant au moins 100.

3° Le régime. M. Frémont n'en a pas parlé : il y a donc lieu de supposer qu'il n'en prescrit pas. Les bons résultats obtenus, malgré cela, réclament, peut-être, une interprétation spéciale. Il faut bien se rappeler que le régime, quel qu'il soit, débilite l'organisme, et que trop souvent le médecin en prolonge, outre mesure, la prescription. Quand la stase stomacale n'existe plus, ou à peu près, l'alimentation doit être augmentée, si l'on veut permettre aux malades affaiblis de se remonter. Il se pourrait donc que M. Frémont, en supprimant le régime, ait tonifié ses malades, en dehors de toute action curative du suc gastrique.

M. Mathieu se défend d'avoir voulu prescrire l'acide lactique aux hyperchlorhydriques sans accompagner cette prescription de recommandations spéciales. Il va sans dire qu'au moment où l'estomac a atteint son acidité maxima, l'acide lactique aurait un effet désastreux. Cet acide doit être administré au moment ou la sécrétion gastrique n'est pas encore en mouvement : on observera alors un phénomène d'inhibition ; les glandes sécrèteront beaucoup moins

qu'auparavant. Talma, médecin hollandais, administre de l'acide chlorhydrique dans l'ulcère rond, et note un soulagement immédiat chez tous ses malades.

En résumé, quand il s'agit de l'acide lactique, l'heure de l'ingestion et la dose à prescrire sont de première importance.

M. Frémont a eu l'occasion de constater, sur une malade qu'il avait traitée par le suc gastrique de chien avec M. Le Gendre, l'inefficacité du suc gastrique artificiel, qui n'a pas donné, la provision de suc gastrique de chien étant épuisée, de résultat dans un cas de gastrite avec vomissements.

L'orateur se défend de n'avoir pas attaché d'importance au régime dans les cas observés par lui. Dans les cas graves, où le lait lui-même n'est pas digéré, on fera tolérer ce dernier en le mélangeant à la quantité de suc gastrique nécessaire pour le digérer.

M. Mathieu admet que l'estomac présente des périodes de repos : pour M. Frémont, l'estomac *n'est jamais en repos*, la sécrétion de suc gastrique est continue.

M. Petit croit qu'une solution chlorhydro-peptique artificielle à 4 00/00 environ pourrait remplacer le suc gastrique de chien. Les dosages de pepsine et d'acide chlorhydrique sont fort faciles à exécuter, rien ne s'oppose donc, au point de vue expérimental, à ce qu'on se serve de liquides artificiels de ce genre.

M. Bardet pense que l'on attache trop d'importance relative au chimisme stomacal. L'intestin, le duodenum surtout jouent un rôle considérable dans le travail digestif. Les crises douloureuses des dyspeptiques viennent presque toujours se placer au moment où l'acide lactique passe de l'estomac dans le duodénum. Quand les hyperchlorhydriques ne souffrent pas, cela provient sans doute du fait que l'activité du travail digestif intestinal fournit une compensation à l'asthénie gastrique.

M. Mathieu constate que l'individualité de chaque malade entre en jeu lorsqu'il s'agit de faire supporter les acides. En dehors de ce point, il faut ne pas oublier que chaque estomac règle son acidité à sa façon, *quand la motilité n'est pas entravée*. Si on introduit des alcalins dans l'estomac, il combattra l'excès d'alcalinité par un excès de sécrétion acide, si au contraire on donne des acides, la sécrétion des glandes gastriques diminuera. Il n'est donc pas téméraire de chercher à mettre à profit ces phénomènes d'observation courante.

M. Bilhaut se demande si le suc gastrique de chien ne contient pas une *substance anesthésiante*, possédant une action rappelant celle de la morphine ou de la cocaïne. Il a eu jadis, dans le service de M. Tillaux, l'occasion d'observer deux faits qui sembleraient confirmer cette hypothèse. Dans un cas de *névralgie intercostale rebelle*, une seule injection sous-cutanée de 0 gr. 01 de suc gastrique de chien, *loco dolenti*, fit disparaître pour toujours les douleurs : dans un cas de cancer de la mamelle, des injections semblables calmèrent beaucoup mieux les douleurs ressenties par le malade que les injections de morphine.

M. Chassevant a pu constater que l'administration de suc gastrique *provoque, en retour, de la sécrétion gastrique* chez les hypochlorhydriques.

On se sert, d'un autre côté, de *pepsines solubles* dans le commerce, alors qu'il existe dans le suc gastrique vivant une *pepsine insoluble* qui paraît présenter un intérêt très grand au point de vue de la chimie biologique.

On peut conclure de ces faits, ajoutés à celui que M. Bilhaut a rapporté, que l'administration de suc gastrique artificiel ne saurait donner les mêmes résultats que l'administration du suc gastrique vivant.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT
Ancien interne des Hôpitaux.

Sur l'hémostase en chirurgie, par E. DOYEN, (*Académie de médecine*, 10 mai 1898). — M. Doyen communique à l'Académie les résultats de sa nouvelle méthode d'hémostase par accollement de la tunique celluleuse des artères, sous une pression de 400 à 1.200 kilogrammes.

M. Doyén a fait ses premières expériences en mai 1896, sur les ligaments larges, avec une pince à glissière, à laquelle il a substitué, au commencement de 1897, sa puissante pince à levier, dont il a relaté récemment à l'Académie et au Congrès de chirurgie de Berlin les remarquables applications à la chirurgie gastro-intestinale.

L'emploi de cet instrument simplifie singulièrement l'hémostase des artères d'un certain calibre.

Pour l'hystérectomie vaginale, une simple application de la pince à levier, serrée à fond, pendant 30 secondes sur chaque ligament large, permet de couper entre la pince et l'utérus, puis d'enlever la pince sans aucun risque d'hémorrhagie.

Le fond de l'organe apparait immédiatement sous l'écarteur. Un coup de pince au-dessus des annexes, de chaque côté, une fine ligature de soie, par mesure de sécurité, et tout est terminé.

Les pédicules des kystes ovariques sont traités de même. L'hémostase de l'artère est assurée, mais une fine ligature est nécessaire pour empêcher le reflux du sang veineux. Les grosses veines, en effet, ont des parois trop minces pour pouvoir s'oblitérer par simple accollement aussi sûrement que les artères.

De même pour les résections étendues de l'épipleon, on écrase, puis on lie.

On supprime ainsi les ligatures en chaîne et les énormes moignons intra-péritonéaux.

Tout récemment, M. Doyen a employé sa pince à levier avec plein succès dans une opération de goître.

Pour les artères de moyen calibre, telle que la faciale, il suffit d'un instrument plus simple : une forte pince à anneaux à mors courts et larges, qui multiplie 8. On la serre de toute la puissance de la main. La compression est de 400 à 500 kilogs. Il faut laisser l'instrument en place deux à trois minutes. Si les parois de l'artère sont saines, l'hémostase est assurée lorsque l'on retire la pince.

M. Doyen a étudié les effets de ces instruments sur plusieurs centaines d'opérations, dont un grand nombre de laparotomies et 60 hysterectomies vaginales.

En chirurgie gastro-intestinale, il a fermé 25 fois avec succès, par ligature en masse, après écrasement comme il a été déjà décrit, le calibre de l'intestin ou de l'estomac.

La multiplicité des applications en chirurgie de cette pince à levier, la simplification de l'hémostase des gros pédicules vasculaires, donnent à cet instrument une importance qui n'échappe à personne.

Jamais il n'a été observé *un seul cas* d'hémorrhagie secondaire.

L'hystérectomie vaginale et toutes les autres opérations où s'applique cette nouvelle méthode sont devenues à la fois plus rapides et plus sûres.

R. BLONDEL.

Traitement de la spondylite tuberculeuse. (*27e Congrès de chir. allem.* 1898). — Longue discussion dans laquelle sont apportés les résultats de nombreuses expériences cadavériques où on a répété le procédé de Calot. La dure-mère a été trouvée déchirée et la moëlle mise à nu dans plusieurs des cas. M. WÜLLSTEIN (de Halle), propose donc de remplacer le procédé brusque et rapide par une méthode de douceur procédant par étapes. M. KÖNIG et la plupart des orateurs n'admettent l'application de la méthode de Calot que lorsque, dans la suspension horizontale, le dos tourné en haut, on remarque que la gibbosité disparaît sensiblement. Ils la proscrivent unanimement lorsqu'il y a ankylose, même légère, par

conséquent dans les cas anciens. M. Lorenz (de Vienne), bat en brèche la méthode du chirurgien français à laquelle il reproche de ne pouvoir permettre de régler la force employée et de produire des lésions de décubitus. Il propose l'application, en suspension horizontale, d'une pelote élastique à vis sur la gibbosité, laissée complètement à nu par l'appareil plâtré. De nombreux cas de mort, surtout par tuberculose généralisée, sont mis au passif de la méthode (Kümmel, Braun, Drehmann, Krause). De l'exposé des griefs, il semble résulter que la méthode de Calot n'a pas été mise en pratique en Allemagne avec les modifications que ne tarda pas à lui apporter son auteur lui-même et qu'on paraît s'en être tenu à la lettre de sa première communication. M. Calot ne s'attaque en effet qu'aux gibbosités récentes, facilement réductibles et les réduit par une pression des plus légères. Quant à l'application de l'appareil plâtré, elle comporte un enveloppement ouaté qui met les jeunes malades à l'abri de toute escharre. Il serait d'ailleurs utile d'appliquer chez les pottiques, un appareil préventif, car mieux vaut empêcher la difformité quand on le peut, que d'avoir à la faire disparaître.

M. Drehmann (de Breslau), fait savoir que le redressement fit disparaître des paralysies chez deux malades de la clinique de M. Mikulicz. Il conclut à l'utilité du redressement, en se tenant dans des limites étroites.

Aug. Benoit.

Sur l'emploi du bouton de Murphy (*27e Congrès de chirurgie allemande*, 14 avril 1898). — La discussion qui vient d'avoir lieu entre les chirurgiens allemands au sujet de l'emploi des boutons anastomotiques n'est pas près d'éclairer notre religion en pareille matière. Tandis que Kummel (de Hambourg), recommande vivement leur adoption, que Czerny déclare n'avoir jamais plus facilement réalisé la gastro-entérostomie, de nombreux orateurs viennent dire que les avantages du bouton sont mieux connus que leurs inconvénients. Storp, dans un fait d'anastomose iléo-colique pour tumeur du côlon ascendant, a vu le bouton retomber dans l'iléon et aller se loger près de la tumeur. Kœnig jeune (de Berlin), a expérimenté le bouton de Franke, en os décalcifié, résorbable par conséquent. L'orifice de communication en est trop étroit et peut être fréquemment obturé par les matières. Lorsqu'on l'applique à la gastro-entérostomie, on risque d'échouer, la résorption se faisant trop vite sous l'action du suc gastrique. Les expériences, il est vrai, ont été faites sur le chien, dont le suc gastrique est très actif. Wolfer signale deux cas d'*anus contre nature* produits par la rétention des boutons dans l'intestin, où ils s'étaient comportés comme des corps étrangers. M. Franke (de Brunswich) a perdu un malade par gangrène de l'intestin, pincé latéralement dans l'ouverture d'un bouton de Murphy. M. Storp dit qu'il suffit de plonger le bouton de Franke dans une solution de formaline pour en ralentir la résorption.

En résumé, la majorité des orateurs reconnaît les grands avantages du bouton anastomotique pour exécuter la gastro-entérostomie ; mais elle tend, ainsi qu'en France, à le proscrire des interventions qui portent sur l'intestin.

Aug. Benoit.

Thoracoplastie et traitement de l'empyème. (*27e Congrès de la Soc. All. de chirurgie*, 1898). — M. Jordan fait ressortir les avantages de l'opération de Schede sur celle de Simon-Estlander, dans le traitement de l'empyème. C'est que Schede supprime la plèvre épaissie, cause de rétractions ultérieures. La thoracoplastie avec résection costale très étendue est un grand progrès ; elle s'adresse aux adultes, car les enfants peuvent guérir sans elle, grâce à l'élasticité de leur paroi thoracique. Mais c'est une opération toujours sérieuse, entraînant souvent le collapsus ou la mort par tuberculose miliaire. Elle n'est pas cependant formellement contre-indiquée chez les tuberculeux, car il cite 1 cas de guérison sur 3 cas traités. La déformation est souvent moins accusée qu'après l'Estlander, car la scoliose concomitante est guérie par cette intervention. L'auteur a combiné l'opération de Schede avec le procédé de Delorme, qui consiste à décortiquer le poumon. Son malade guérit en 2 mois et demi.

M. Geroulanos (de Greifswald), rapporte un cas opéré par M. Helferich, dans lequel un sarcome de la paroi thoracique, chez un jeune sujet, avait envahi le poumon. Le chirurgien fit la résection de la cage thoracique et celle d'une grande partie du poumon droit, grâce à des ligatures placées sur les vaisseaux et les bronches au niveau du hile. Cette tentative hardie a été suivie de décès au bout de 24 heures.

Aug. Benoit.

Résections intestinales multiples pour plaie par arme à feu, par M. Poppert (de Giessen) (*27e Congrès* 1898). — A la suite d'un coup

de revolver, un jeune homme subit la laparatomie 4 heures après l'accident. M. Poppert trouva une lésion des vaisseaux du mésentère et 12 déchirures disséminées sur l'intestin, qui l'obligèrent à faire la résection de l'intestin grêle en *cinq points différents*.

Le malade se rétablit et n'a pas présenté de signes de rétrécissement. MM. Karg et Zeller (de Berlin), ont pu remédier à des complications semblables par la simple suture. Mais celle-ci n'était pas possible dans le cas de Poppert.

Aug. Benoit.

Pancréatite suppurée. (*Société de chirurgie*, 6 avril 1898), par M. Guinard. — Cette affection se présente avec les allures d'une *pleurésie de la base*; elle se manifeste souvent au début par une douleur abdominale des plus vives. La ponction permet de retirer un pus fétide. M. Guinard, dans un cas semblable, diagnostiqua l'abcès sous-phrénique d'origine pancréatique et, après avoir réséqué la 9e côte, put évacuer, à travers la plèvre et le diaphragme incisés un abcès volumineux situé à gauche. Le pus infect qui s'en écoulait contenait des fragments de tissus, que M. Malassez ne put affirmer d'origine pancréatique. M. Guinard donne cependant comme un bon signe de cette catégorie d'abcès une *nécrose graisseuse* qui durcit les lobules adipeux de la région.

Aug. Benoit.

Forme particulière de rétrécissement de l'intestin. De la survie après la résection intestinale, (*27e Congrès de la Société de chir. allem.*, 1898, 15 avril). — M. Graser (d'Erlangen) a trouvé dans une autopsie un rétrécissement de l'S iliaque qui offrait l'aspect microscopique du cancer. Il s'agissait d'un simple épaississement de la tunique musculaire, avec de nombreux diverticules dans son épaisseur. M. Gussenbauer, qui a opéré un cas de ce genre, pris pour un cancer, croit qu'il s'agit là d'une affection congénitale. M. Von Bramann (de Halle), a extirpé 14 cancers du gros intestin : 6 malades sont morts des suites, 8 ont guéri. Parmi ces derniers, l'un est mort au bout d'une année ; les 7 autres vivent, dont un opéré depuis 6 ans. M. Körte (de Berlin), a plusieurs malades opérés depuis quatre et cinq ans qui n'ont pas eu de récidive. Enfin, M. Gussenbauer a appris récemment le décès d'un malade qu'il avait opéré il y a 18 ans d'un cancer de l'S iliaque et qui est mort d'une apoplexie, sans qu'il y ait eu récidive.

Aug. Benoit.

Le glutol et l'emploi du paraformol pour la désinfection par E. Doyen. (*Acad. de médecine*, 10 mai 1898). — Depuis 3 mois l'auteur expérimente pour le traitement des plaies septiques ouvertes une poudre grisâtre, inodore et insoluble, le glutol, qui est le résultat de l'action de l'aldéhyde formique sur la gélatine. Le produit est desséché et pulvérisé.

L'effet de ce topique est remarquable et très supérieur à celui des autres poudres antiseptiques.

Des plaies de mauvais aspect se couvrent en quelques jours de bourgeons charnus exubérants.

Quant à l'emploi des pastilles de paraformol, volatilisées par un appareil spécial, le formolateur, pour la désinfection des locaux et de la literie, la facilité du dosage et la perfection de la désinfection font préférer par M. Doyen cette méthode à toutes celles qu'on avait antérieurement expérimentées.

R. Blondel.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement de Fleiner dans l'hyperchlorhydrie. — (*Therap. Monatshefte* avril 1898). — Fleiner émit en 1893, l'opinion que l'administration du sous-nitrate de bismuth à hautes doses provoquait une inhibition remarquable sur l'hypersécrétion gastrique. Cette assertion a été confirmée de divers côtés, mais Olivetti à son tour, s'est demandé si l'inhibition présentait un caractère de durée suffisant pour exercer une action curative sérieuse.

Olivetti a soumis deux séries de malades au traitement par le bismuth : le médicament, en suspension dans l'eau, était introduit le matin à jeun dans l'estomac au moyen du tube de Faucher. La première série de malades présentait des ulcères simples de l'estomac, la seconde de l'hyperchlorhydrie sans ulcères appréciables.

Le traitement a duré de 22 à 25 jours, en trois périodes séparées par un jour de repos, au cours duquel on donnait le repas d'épreuve

d'Ewald. Au cours des trois périodes on administra chaque jour: 1° 10 gr. 2° 15 gr. 3° 20 gr. de bismuth.

Les résultats obtenus peuvent se résumer de la façon suivante :

1° L'administration de bismuth à hautes doses est bien supportée et provoque une amélioration subjective remarquable, se continuant quelque temps après cessation du traitement.

2° L'amélioration n'est pas définitive, mais elle est plus marquée et plus durable dans les cas où existe un ulcère appréciable aux moyens de diagnostic dont la clinique dispose.

3° Les doses les plus avantageuses sont celles de 10 gr. et 15 gr.

4° L'administration du bismuth n'a pas d'influence appréciable sur la quantité de suc gastrique sécrété ni sur la motilité de l'estomac.

5° L'hyperchlorhydrie n'est pas influencée et la diminution légère d'HCl, parfois observée, s'explique par l'amélioration des symptômes subjectifs.

6° Il y a donc lieu d'admettre la théorie de Fleiner, qui suppose que le bismuth s'étale sur la muqueuse stomacale et forme ainsi une couche protectrice, empêchant l'action directe d'une sécrétion trop acide sur la muqueuse. On obtient ainsi une modification des crises hypéralgiques, modification qui cesse au moment où le bismuth, chassé de l'estomac, a passé dans l'intestin.

E. VOGT.

Sur l'emploi des alcalins dans le traitement des dyspepsies, par A. MATHIEU. *Société médicale des Hôpitaux*. 22 avril 1898).— Comme M. Hayem, M. Mathieu est d'avis que l'usage continu des alcalins à haute dose n'amène pas la guérison de l'hyperchlorhydrie; mais il lui paraît prématuré de conclure que c'est l'usage ou même l'abus du sel alcalin qui a causé l'hyperchlorhydrie : les malades étaient hyperchlorhydriques au moment où ils ont commencé à se servir du bicarbonate de soude: ils n'ont pas cessé de l'être après en avoir pris, c'est tout ce que l'on peut admettre. D'ailleurs, M. Mathieu reconnaît que l'abus du sel de Vichy peut être nuisible aux hyperchlorhydriques; des expériences faites autrefois avec M. Laboulais lui ont montré qu'avec une dose suffisante de bicarbonate de soude prise avant le repas d'épreuve on pouvait provoquer une augmentation appréciable de la secrétion chlorhydrique chez les hyperchlorhydriques; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'abus prolongé de ce sel puisse finir par exagérer l'hyperscrection.

D'après M, Hayem, les alcalins exagéreraient le type classique de toutes les dyspepsies: ils seraient donc aussi dangereux et peut-être plus dangereux encore pour les hypopeptiques que pour les hyperchlorhydriques; les eaux alcalines seraient particulièrement à redouter. M. Mathieu persiste à penser que les dyspeptiques bénéficient souvent d'un traitement par les sels alcalins ou par les eaux minérales. M. Hayem craint la dépression chez les hypopeptiques et l'exagération de leur hyperchlorhydrie chez les hyperchlorhydriques. Cependant Lemoine, Linossier, Gilbert, Modiano ont vu, après l'emploi du bicarbonate de soude, non la diminution, mais l'augmentation de la sécrétion chlorhydrique chez des hypochlorhydriques.

De plus, les alcalins n'agissent pas seulement sur la sécrétion, mais aussi sur la motricité et sur la sensibilité.

G. LYON.

Un moyen d'obtenir une bonne alimentation dans les affections stomacales. (*Therap. Monatshefte*, avril 1898). — ALBU recommande, dans les cas où le lavage de l'estomac s'impose, de le faire aussi complètement que possible : les moindres parcelles d'aliments doivent être extraites, l'eau du lavage doit revenir absolument claire, et tout le liquide qui a servi au lavage doit être éliminé. L'opération terminée, on introduira par la sonde 1/4 à 1/2 litre de lait, additionné de blanc ou de jaune d'œuf, de cacao, de somatose, etc. On peut aussi donner, au lieu de lait, du bouillon, des potages variés, du beafteack. Ces repas à la sonde, administrés une ou deux fois par jour, n'excluent pas l'alimentation courante dans les cas où elle est possible : cette dernière ne satisfait souvent que la sensation de faim qui tourmenterait le malade si on la supprimait. Il faudra surtout compter, au point de vue de l'amélioration de la nutrition, sur les repas à la sonde, qui sont beaucoup mieux résorbés que les autres et utilisés par l'organisme aussi complètement que possible. Les repas ordinaires, quelque bien réglés qu'ils soient, ne sont digérés qu'en partie.

E. VOGT.

Emploi de l'eucaïne dans les affections de l'œsophage et du rectum. (*Therap. Monatshefte* avril 1898). — BAYER, assistant du Pr Rosenheim, n'a pas trouvé que l'eucaïne B, soit

tellement différente de l'eucaïne A, primitivement utilisée comme anesthésique, lorsqu'il s'agit d'affections de l'œsophage ou du rectum.

L'œsophagoscopie a toujours été facilement pratiquée à la suite de badigeonnages du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage, au moyen d'une solution de chlorhydrate d'eucaïne A ou B à 3 0/0 : l'effet se manifeste au bout de 2 minutes et dure assez longtemps pour permettre un examen complet.

Chez quelques malades atteints de carcinome de l'œsophage, il se développe un état d'irritabilité spasmodique qui ne permet aucune alimententation solide, alors qu'on parvient encore facilement à faire passer une sonde de 6 mm. de diamètre par exemple. L'efficacité de la médication morphinique prouve en faveur de l'existence de ce spasme, mais cette médication offre trop d'inconvénients pour pouvoir être recommandée. Le traitement par le cathétérisme répété ne ferait, de son côté, qu'augmenter les accidents : l'auteur a en conséquence essayé de l'eucaïne, et a reconnu que l'injection intra-œsophagienne de 2 gr. d'une solution à 3 0/0 satisfaisait à tous les desiderata. Un malade ayant appris à pratiquer sur lui-même ces injections, en fit jusqu'à 4 par jour pendant des semaines sans jamais présenter d'accidents.

Le chlorhydrate d'eucaïne à 3 0/0, employé dans la région du rectum, permet tous les examens ainsi que les interventions de petite chirurgie : on recourra ici à l'attouchement au moyen de tampons imbibés d'eucaïne.

Pour lutter contre le ténesme qui complique si fréquemment le cancer du rectum et les processus ulcératifs du gros intestin, on injectera avec succès 2 gr. de la solution aqueuse à 3 0/0 ou encore 10 à 20 gr. de la solution suivante :

Chlorhydrate d'eucaïne .	0 gr. 03
Chlorh. de morphine. . .	0 gr. 01
Eau.	20 gr.

Dans quelques cas, on se trouvera bien de l'addition de 0 gr. 5 à 1 gr. d'antipyrine à cette dernière solution. La première des deux prescriptions est à recommander dans les cas où on désire anesthésier le sphincter ou son voisinage : la seconde, moins anesthésiante, sera utilisée quand il s'agira d'obtenir une sédation du système nerveux.

E. VOGT.

Auto-intoxication intestinale et antisepsie intestinale. (*Congrès allemand de médecine interne*, Wiesbaden, 15 avril 1898). — Le rapport présenté par MULLER (de Marbourg) sur ce sujet constate qu'on n'a pas, jusqu'ici, rendu suffisamment justice, en Allemagne, aux travaux de Bouchard, Charrin et autres; les infections d'origine digestive sont nombreuses et peu connues; on se trouve d'un autre côté, plus souvent que l'on ne croit, en présence d'intoxications par fermentation des aliments : les idiosyncrasies ne sont que des troubles toxiques.

Les antiseptiques intestinaux, y compris le calomel, qui est plus purgatif qu'antiseptique, n'ont pas donné ce qu'on espérait : l'évacuation énergique par lavages stomacaux ou intestinaux reste le seul traitement vraiment efficace; un régime approprié prévient les récidives.

L'orateur termine en recommandant de diriger les recherches ultérieures dans le sens d'une distinction à faire entre l'absorption de poisons d'origine alimentaire et l'auto-intoxication des auteurs français : il pense que ces derniers ont trop généralisé des faits très bien observés d'ailleurs.

BRIEGER, co-rapporteur, trouve que l'importance de la toxicité urinaire chez l'individu normal devrait avant tout être plus minutieusement fixée. La toxicité de la sueur peut être augmentée par l'existence des microbes cutanés, dont les produits influencent certainement la toxicité sudorale.

QUINCKE recommande de combattre les fermentations intestinales par l'administration interne de levure pure (dose maxima, 150 gr. par jour).

STRAUSS a obtenu de bons effets avec le thymol et le menthol : FURBRINGER attribue au calomel une action antiseptique indéniable, par suite de la production de petites quantités de sublimé.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Sérothérapie dans l'asthme streptococcique par A. et F. BOUCHERON. (*Société de Biologie*, 30 avril 1898. — S'appuyant sur des considérations théoriques, d'ailleurs fort discutables, les auteurs admettent l'existence d'une variété d'asthme streptococcique et curable par

les injections de sérum anti-streptococcique.

Cet asthme présenterait deux variétés : 1° Asthme d'accès sans dyspnée intercalaire; 2° Etat dyspnéique habituel aggravé de quelques accès aigus.

Dans le premier cas, la guérison de l'asthme survint chez un rhumatisant, âgé de 43 ans, porteur d'une rhinite à streptocoques, chez lequel le sérum anti-streptococcique fut employé contre de multiples et graves manifestations rhumatismales.

Son asthme nocturne existait depuis 5 ans, et surtout depuis 3 ans, presque chaque nuit, sans dyspnée intercalaire.

L'asthme disparut après la troisième injection de sérum : il n'a pas reparu depuis 14 mois, grâce à des injections supplémentaires faites de temps en temps.

Dans un autre cas d'asthme avec rhinite à streptocoques, chez un homme de 50 ans. un succès rapide fut obtenu après quatre injections de sérum de un demi et de un centimètre cube.

G. Lyon.

Sur l'action du suc pulmonaire par Cassaet. (*Congrès Français de médecine interne*, avril 1898). — L'emploi du suc pulmonaire présente quelques inconvénients, et d'indiscutables avantages.

Parmi les inconvénients il faut citer tout d'abord l'apparition d'un érythème polymorphe inconstant chez une même malade.

Il peut se produire aussi des hémoptysies, mais elles n'existent guère que chez des malades où le suc détermine, autour de corps étrangers pulmonaires, un véritable sillon d'élimination. Il est facile d'empêcher le retour de l'hémoptysie, en suspendant momentanément l'emploi du médicament quand les crachats prennent la teinte rosée. Elles sont tout à fait l'exception dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Enfin, on peut noter chez quelques malades, de l'insomnie, des malaises, de l'agitation momentanée, des bouffées de chaleur, la précipitation du pouls, une légère élévation de la température, qui témoignent de la saturation de l'organisme et peuvent, pour ce fait, être comparés aux accidents de l'hyperthyroïdisation. Tous ces accidents cessent avec la suppression du médicament.

Quant aux avantages, ils sont divers, suivant la catégorie des malades auxquels le suc a été prescrit.

Chez les tuberculeux ordinaires, il ne se produit qu'un relèvement passager de l'état général. Il est rare que l'amélioration soit prolongée.

Elle peut se produire néanmoins chez les mêmes tuberculeux, quand ils sont atteints de pleurésie purulente secondairement infectée. C'est dans les septicémies chroniques pleuro-pulmonaires, accompagnées d'un début d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, que le maximum de son action se fait sentir. Le malade reprend alors ses forces, son état général se remonte, son poids augmente considérablement. La respiration se fait plus ample et plus profonde, l'expectoration change de nature et, de purulente devient muqueuse, puis tend à disparaître. Les signes d'hecticité s'amendent, puis cessent, l'appétit renaît et la fièvre tombe. Enfin les collections purulentes diminuent d'importance et les signes de l'ostéo-arthropathie progressivement s'atténuent.

G. Lyon.

Quelques indications nouvelles sur l'emploi du suc pulmonaire par F. Brunet. (*Congrès Français de Médecine interne*, avril 1898). — Le suc pulmonaire est un médicament renforçant la résistance de l'organisme, du poumon en particulier, et utile pour lutter contre la toux et l'expectoration.

Parmi les tuberculeux, beaucoup n'en peuvent retirer un soulagement réel : ce sont d'abord ceux dont les lésions sont très avancées, puis ceux dont la maladie fébrile marche par poussées congestives. Dans ces cas il faut commencer par de très petites doses de suc pulmonaire, 2 à 3 cent. cubes, et surveiller l'expectoration pour voir si elle ne devient pas rosée ou hémoptoïque Si ce début est bien supporté, on pourra atteindre 10 c. cubes en injection.

Au contraire, dans les tuberculoses encore nonfébriles, le suc pulmonaire, combiné surtout avec la cure d'air, donne des résultats très remarquables.

Les vieilles suppurations de la plèvre et du poumon, rebelles à tout traitement et accompagnées même de troubles osseux ou articulaires, restent la véritable indication du suc pulmonaire. Son efficacité est alors aussi sûre que rapide. Quant aux maladies aiguës ou cycliques : grippes, broncho-pneumonies, bronchites, pneumonies, le suc pulmonaire peut être employé comme adjuvant du traitement ordinaire et a paru donner de bons résultats, mais il n'a pas encore été utilisé seul.

En tous cas, M. Brunet recommande de se servir de suc pulmonaire et non de pou-

mon en nature, de préférer l'ingestion buccale à l'injection, et assure qu'aux doses indiquées dès 1896, et en dehors des phtisies aiguës ou fébriles, le suc pulmonaire est au moins d'une parfaite innocuité.

G. Lyon.

Du koumiss dans la tuberculose. (*Wratsch* n° 3, 1898). — Fleroff a employé le koumiss dans 9 cas de tuberculose et il a constaté que cette boisson non seulement n'est d'aucune utilité pour les malades mais que, encore, elle est nuisible, en provoquant des hémoptysies et d'autres accidents.

L'auteur ajoute ensuite la liste des maladies dans lesquelles le koumiss est contre-indiqué.

Ce sont :

1° Tuberculose pulmonaire à la période très avancée; tuberculose intestinale et laryngée, hémoptysie;

2° Affections cardiaques et vasculaires;

3° Congestions cérébrales;

4° Maladies organiques du système nerveux central;

5° Rhumatisme, goutte et lithiase biliaire et rénale.

B. Taft.

Myocardites chroniques. (*Congrès allemand de médecine interne, Wiesbaden*, 14 avril 1898). — Schott de Nauheim a repris la question du traitement des affections cardiaques chroniques, tel qu'il a été institué à Nauheim : nous ne reviendrons pas sur ce sujet qui a déjà été traité dans cette Revue. L'intérêt de la communication au Congrès de Wiesbaden réside dans la présentation de nombreuses photographies prises par l'intermédiaire des rayons Rœntgen, et démontrant que le traitement des frères Schott a pour effet d'augmenter la contractilité du myocarde, et d'amener à sa suite une diminution du volume du cœur. Ce résultat n'est obtenu que dans les cas de myocardite peu avancée : dans les cas avancés, et lorsqu'il existe une dilatation de la crosse de l'aorte, par exemple, les résultats sont défavorables.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. Sémelaigne

Ancien interne des hôpitaux

Emploi du pyramidon dans les affections nerveuses (*Therap. Monatshefte*, avril 1898). — Landenheimer, médecin-adjoint à la clinique du Pr Flechsig de Leipzig, a expérimenté sur 100 malades environ le pyramidon, dérivé de l'antipyrine, dans le but de combattre des accidents ressortissant au fonctionnement du système nerveux.

Les céphalalgies que l'on observe si fréquemment au cours de la convalescence de diverses psychoses ne résistent pas, en général, à des doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 de pyramidon. L'effet ne se produit qu'au bout d'une demi-heure, parfois au bout de 1 à 2 heures seulement. Les céphalées rebelles des alcooliques qui s'observent à la suite d'une crise de delirium tremens ne résistent pas, dans la plupart des cas au pyramidon, dont l'effet dure 4 heures au minimum, jusqu'à 10 heures et davantage dans la majorité des cas. Trois observations concernant des tumeurs cérébrales provoquant des céphalalgies, sont tout aussi probantes : même résultat dans un cas de neurasthénie grave ayant résisté à toutes les médications; on commença par de fortes doses, 0 gr. 8 trois fois par jour, et on diminua peu à peu jusqu'à 0 gr. 2, deux fois par jour (névralgies violentes).

Dans l'hystérie, les résultats sont fort variables, et nuls dans la manie (2 cas).

Les crampes douloureuses des membres inférieurs que présentent les alcooliques sont rapidement modifiées, le tremblement ne diminue pas; l'hyperesthésie, en revanche, est justiciable de la médication.

Roth considère le pyramidon comme un spécifique du rhumatisme : les observations de l'auteur ne confirment pas cette assertion.

Dans un cas de névralgie sus-orbitaire, ayant résisté à des doses de 4 gr. d'antifébrine par jour, le pyramidon (1 gr. à 1 gr. 25 donné de bon matin en une seule dose) a procuré, chaque fois, 24 heures de tranquillité au malade. L'administration en doses fractionnées n'avait auparavant produit aucun résultat chez ce malade.

Les quantités maxima prescrites ont atteint 1 gr. 50 divisé en trois doses quotidiennes pendant 10 jours; pas de phénomènes toxiques ni d'accoutumance dans aucun cas.

L'auteur recommande de ne pas abandonner

l'étude de cet antinévralgique qui lui paraît destiné à rendre de grands services.

E. VOGT.

Affections du système nerveux rappelant le tabès, obtenues expérimentalement. (*Congrès allemand de médecine interne*, Wiesbaden, 14 avril 1898). — EDINGER, en anémiant des rats et en les soumettant à un travail musculaire exagéré, a provoqué chez ces animaux une dégénérescence progressive des cordons postérieurs rappelant les lésions du tabès. Il conclut à ce propos que la kinésithérapie, actuellement recommandée de plusieurs côtés pour l'amélioration des troubles de coordination chez l'ataxique, doit être utilisée avec une prudence extrême, car tout surmenage d'un neurone peut amener sa destruction chez les tabétiques.

Au cours de la discussion qui a suivi cette communication, SCHULTZE a fait remarquer que si le surmenage musculaire jouait un rôle étiologique dans l'ataxie, on trouverait surtout des lésions dans les cornes antérieures, ce qui n'est pas le cas. JACOB a soutenu, de son côté, que les exercices de kinésithérapie ne sont jamais suivis de fatigue, quand ils sont bien dirigés : le poids des membres est annihilé, au cours de ces exercices, par l'emploi de poulies et engins analogues.

E. VOGT.

Injections sous-arachnoïdiennes. (*Congrès allemand de médecine interne*, 15 avril 1898). — JACOB a démontré expérimentalement qu'en injectant de grandes quantités d'une solution chlorurée sodique à 0, 1 0/0 dans l'espace sous-arachnoïdien, on ne provoque, chez le chien, aucun symptôme de compression cérébrale. La conclusion à tirer de ces recherches est que l'augmentation de la quantité du liquide cérébro-spinal ne suffit pas, à elle seule, pour provoquer des phénomènes pathologiques : la ponction lombaire ne saurait donc, à ce point de vue, produire un effet thérapeutique.

Jacob, dans une autre série d'expériences, a cherché à introduire dans l'espace sous-arachnoïdien des liquides médicamenteux (solution d'iodure de potassium, par exemple). La méthode pourra certainement être utilisée en thérapeutique, car les effets observés ont paru très intéressants.

E. VOGT.

Traitement du somnambulisme. (*Therap. Monatshefte*, mai 1898). — HIRSCHKRON part de l'idée que le somnambulisme est constitué par une excitation des ganglions sous-corticaux, donnant naissance à des reflexes moteurs, qui échappent à l'inhibition partant de l'écorce.

L'auteur a pu reconnaître, dans plusieurs cas de ce genre, que la galvanisation transversale de la moëlle allongée constituait le traitement le plus efficace du somnambulisme. Des expériences de contrôle ont démontré que seul ce mode d'électrisation présentait quelque efficacité. Les détails concernant le mode d'application, la durée des séances, l'intensité du courant, le nombre de séances par semaine, etc., ne sont pas donnés dans ce travail.

E. VOGT.

Emploi de l'antipyrine dans la sciatique. (*Allg. med. Central Zeitung*, n° 20, 1898). — KUHN recommande des injections hypodermiques d'antipyrine, mais à condition que le liquide injecté arrive au coutact du nerf malade. On fera plusieurs fois par jour une injection d'une seringue de Pravaz contenant une solution aqueuse d'antipyrine à 50 0/0 : l'aiguille sera enfoncée un peu au dessous du milieu d'une ligne rejoignant la tubérosité sciatique au grand trochanter.

Les résultats obtenus sont rapides et durables : ils varient, cela va sans dire, avec l'intensité de l'affection.

E. VOGT.

Maladies du larynx du nez et des oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine,
Ancien prosecteur.

L'holocaïne comme anesthésique local en oto-laryngologie. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, avril 1898). — M. LAVRAND contrôle les propriétés anesthésiques de l'holocaïne déjà étudiées par Coo semans.

Ce corps, découvert par Taüber, est insoluble dans l'eau : mais son chlorhydrate est soluble à froid dans la proportion de 2,5 0/0. Si on fait bouillir cette solution dans un vase de verre, il se forme parfois un précipité, ce qui n'a pas lieu avec un vase de porcelaine. L'ébullition est d'ailleurs inutile pour obtenir une solution

aseptique, car l'holocaïne est puissamment bactéricide, même en solution à 1 0/0; aussi cette solution se conserve-t-elle longtemps sans perdre ses propriétés.

L'holocaïne, en injections sous-cutanées, détermine des convulsions; elle est toxique pour un lapin de 1500 gr. à la dose de 0,01 centigr. tandis que la cocaïne ne l'est qu'à la dose de 0,05 et l'eucaïne à celle de 7c.5.

Des diverses expériences cliniques qu'à faites M. Lavrand sur des malades atteints d'affections variées du larynx ou du nez, il résulte que la solution d'holocaïne à 1 0/0 est aussi efficace que celle de cocaïne à 5 0/0 employée en badigeonnages sur les muqueuses. Contrairement à cette dernière, elle fait très peu rétracter la muqueuse des cornets : le larynx semble la mieux tolérer que la cocaïne et son action est beaucoup plus durable quand on l'emploie en badigeonnages sur des ulcérations tuberculeuses.

A. COURTADE.

Nouvelle méthode d'ablation des polypes fibro-choanaux par la voie buccale, par M. GAUDIER. (*Echo médical du Nord*, avril 1897). — Les polypes fibro-muqueux qui s'insèrent au pourtour des choanes ou sur l'extrémité postérieure des cornets sont enlevés généralement avec l'anse froide ou chaude, précédée ou non par la malaxation de Wagnier. M. Gaudier se sert de la curette à végétations adénoïdes avec laquelle il rase le pourtour des choanes et coupe ainsi les polypes à leur insertion.

Il a pratiqué cette opération six fois avec un plein succès.

A. COURTADE.

Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle cuprique. (*Marseille Médical*, 1897). — M. THOMAS relate l'observation de trois malades atteints d'ozène et qu'il a traités par l'électrolyse interstitielle suivant la méthode du Dr Cheval.

Chez une fillette de 12 ans, anesthésiée par le chloroforme, l'auteur a employé un courant de 20 à 26 milliampères pendant 20 à 25 minutes ; 5 séances d'électrolyse ont été nécessaires pour amener une amélioration très manifeste, mais non pas la guérison.

Sept séances, chez une dame de 37 ans, avec une intensité moyenne de 15 milliampères, n'ont pu procurer une guérison complète.

Une dame de 22 ans, traitée par la même méthode a présenté toutes les apparences de la guérison après 5 séances.

Dans ses conclusions, M. Thomas expose que l'électrolyse interstitielle même à 37 milliampères, pendant 12 minutes, est inoffensive, ce qui n'est pas toujours le cas, puisqu'on a cité des accidents consécutifs très graves, dont un cas de mort par otite suppurée.

L'intensité du courant doit être supérieure à 15 milliampères, avec une durée très variable de 17 à 30 minutes.

Chaque séance diminue ou fait disparaître complètement, pendant une période plus ou moins longue, l'odeur et les croûtes de la fosse nasale électrolysée et produit amélioration de l'autre.

A. COURTADE.

Sinusite fronto-maxillaire droite. Trépanation et curettage par la méthode de Luc. (*Marseille médical*, avril 1898). — M. MOLINIÉ relate l'observation d'un malade atteint d'empyème des sinus frontal et maxillaire droits qu'il a opéré par la méthode de Luc, avec un plein succès.

A. COURTADE.

Essai expérimental sur l'Ozène, par SCHLEICHER. (*Société médico-chirurgicale d'Anvers* 1898). — Le peu de succès durable qu'ont donné les divers traitements dirigés contre l'ozène justifie de nouvelles recherches jusqu'à ce qu'ont ait atteint le but cherché.

M. Schleicher pense que la rhinite, l'inflammation même de la muqueuse et des tissus sous-jacents, est entretenue par l'infection continue des fosses nasales par l'air extérieur.

Aussi, après avoir soigneusement désinfecté les cavités nasales, l'auteur les soustrait à l'infection, en obturant les narines avec des tampons d'ouate qui filtrent l'air.

La désinfection est pratiquée par des lavages d'un ou deux litres d'eau pure à l'aide du siphon de Weber ou la seringue anglaise. Les dépôts qui ne sont pas entraînés par l'irrigation, sont enlevés avec un tampon d'ouate sèche et on fait un dernier lavage avec une sonde en gomme percée de plusieurs orifices. Le mucus nasal, après ces diverses manœuvres, reste stérile dans bien des cas.

Cette asepsie est irréalisable chez les enfants ou les individus atteints de forte déviation de la cloison.

L'occlusion des narines est faite avec des tampons d'ouate non hydrophile stérilisés que l'on change chaque fois que le malade se mouche,

Ce mode de traitement a été expérimenté sur six malades et a été suivi d'une amélioration très rapide.

L'une des malades, âgée de 20 ans, avait déjà été traitée sans le moindre succès par

tous les moyens connus ; il y avait même aggravation de son état ; en quelques semaines l'amélioration est telle, par le traitement de Schleicher, que la malade ne fut plus astreinte qu'à renifler un peu d'eau salée tous les matins.

A. COURTADE.

La syphilis de l'oreille par le Dr HENNEBERT (*La Clinique*, septembre 1897). — Revue générale sur la question de la syphilis de l'oreille L'auteur signale un symptôme, non encore décrit, de syphilis auriculaire héréditaire; c'est l'aspect tout particulier du tympan qui est sillonné par plusieurs petits vaisseaux (2 à 5) partant de l'ombilic et atteignant la périphérie inférieure. Cette vascularisation anormale, constatée dans deux cas, disparut au bout de 2 mois, dans l'un, et de 7 mois dans l'autre. M. Hennebert compare cette myringite parenchymateuse à la kératite de même nature, si fréquente dans la syphilis héréditaire.

A. COURTADE.

Traitement des coryzas par GALLOIS *(Nord Médical*, n° 85 p. 90. 1898).

Coryza aigu.

I. TRAITEMENT ABORTIF :

Inhalations fréquentes avec teinture d'iode, eau de Cologne, chloroforme ou :

Acide phénique pur . .	}
Ammoniaque.	} âà 5 gr.
Alcool à 90°	10 gr.
Eau distillée.	15 gr.

Toutes les demi-heures, X gouttes sur un mouchoir (Remède de Brand).

Prises toutes les heures, pendant le premier jour avec :

Chlorhydrate de cocaïne .	0 gr. 10
Acide borique	10 gr.
Salol	10 gr.
Menthol.	0 gr. 10
ou Salol	5 gr.
Acide borique	20 gr.
Tannin	1 gr.
Acide salicylique.	1 gr.

etc...

Contre l'irritation de l'orifice des fosses nasales, on emploie avec succès la pommade suivante :

Sous-nitrate de bismuth	5 gr.
Vaseline.	}
Lanoline.	} âà 5 gr.

II. — TRAITEMENT PALLIATIF :

On use de l'action décongestive de la cocaïne employée en pulvérisation avec l'appareil de Richardson ou en badigeonnages ;

Chlorhydrate de cocaïne . .	1 gr.
Eau distillée.	100 cc.

On peut encore faire priser la poudre suivante toutes les trois heures :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gr.
Sous-nitrate de bismuth	}
Sucre de lait.	} âà 10 gr.

Chez les sujets sensibles à la cocaïne (névropathes, cardiaques), on remplacera celle-ci par le menthol.

On fera toutes les deux heures, une injection légère avec :

Menthol.	0 gr. 50
Huile d'olive stérilisée . .	10 cc.

Ou un badigeonnage avec :

Menthol.	0 gr. 25
Vaseline.	}
Lanoline.	} âà 5 gr.

Il faut s'abstenir soigneusement, pendant la période aiguë, de lavages au siphon ou au bock qui sont pénibles et peuvent infecter l'oreille moyenne.

Après la phase aiguë, ils peuvent être employés contre l'écoulement muco-purulent, s'il persiste. On les fait alors avec des solutions d'eau boriquée à 4 p. 100, de bi-borate de soude, de salicylate de soude à 1 p. 200.

Comme traitement général, bains de pieds sinapisés, tisanes chaudes et abondantes; antipyrine contre la névralgie du trijumeau et l'état fébrile.

Coryza aigu du nouveau né.

Doit être distingué du coryza syphilitique qui apparaît tardivement et est chronique. Il demande un traitement rapide, car il empêche le sommeil de l'enfant et la succion du sein,

Il faut désobstruer les fosses nasales par la douche sèche de Politzer (on bouche une narine avec l'embout de la poire, on exprime celle-ci fortement et tout d'un coup; l'air ressort par l'autre narine. Puis on instille dans le nez quelques gouttes d'huile mentholée toutes les deux heures :

Menthol.	1 gr.
Huile stérilisée.	40 gr.

Pas de cocaïne chez les enfants.

Dans les cas de secrétions nasales abondantes, on fait des lavages du nez avec une seringue à embout auriculaire, l'enfant étant couché sur le côté et la tête penchée en avant sur une cuvette. On emploie des solutions tièdes (30°), préalablement bouillies, d'eau boriquée à 4 p. 100 ou de bicarbonate de soude à 1 p. 100. Après le lavage, on insuffle des poudres antiseptiques :

Acide borique	
Résorcine	âà 5 gr.
Sucre de lait	10 gr.

ou

Acide borique	10 gr.
Iodol	1 gr.
Benjoin	3 gr.
Sous-nitrate de bismuth	4 gr.

Dans le coryza par *rhinite blennorrhagique*, on lave les fosses nasales à l'eau bouillie et on insuffle :

Nitrate d'argent fondu pulvérisé	0 gr. 10
Talc	10 gr.

Ou bien, on badigeonne avec un pinceau trempé dans la solution suivante :

Nitrate d'argent	1 gr.
Eau distillée	100 cc.

Dans le *coryza syphilitique* du nouveau-né, on débouche les narines comme précédemment ou avec un pinceau trempé dans de l'huile. De plus, on badigeonne les fosses nasales avec :

Calomel	1 gr.
Vaseline	
Lanoline	âà 5 gr.

et l'on fait deux fois par jour une friction au niveau des plis de flexion des articulations, avec gros comme un pois d'onguent napolitain.

G. Lyon.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

L'acné excoriée des jeunes filles et son traitement, par Brocq. (*Journal des Praticiens*, no 13, p. 193, 26 mars 1898). — La plupart, sinon la totalité des jeunes filles atteintes d'acné de la face qui écorchent incessamment leur figure, le font, non parce qu'elles éprouvent des sensations prurigineuses auxquelles elles ne peuvent résister, mais par une sorte de besoin impérieux de l'ordre des manies.

Pour éviter que les malades n'abîment leur figure, il faut les obliger à laver leurs mains et à brosser leurs ongles à l'eau boriquée plusieurs fois par jour.

Il faut, d'autre part, réclamer des acnéiques l'exécution du programme suivant :

a) Combattre le froid aux membres inférieurs, aux pieds et aux genoux, par des moyens appropriés : frictions quotidiennes à l'eau de Cologne, à l'esprit de lavande ou à l'alcool camphré, flagellations à l'eau froide.

b) Soigner les affections utérines, s'il y en a, et chez l'homme, les uréthrites.

c) Combattre la constipation habituelle : chez les hépatiques, user des cholagogues, chez ceux qui ont de la tendance à la congestion de la face, prendre les préparations d'aloès dont il faut, au contraire, s'abstenir chez ceux qui ont des hémorroïdes ou des affections génito-urinaires,

e) Régulariser les digestions; pour cela, outre le régime alimentaire, il faut recommander de manger lentement, de bien mâcher, de boire peu à la fois, de ne pas prendre de grandes quantités de nourriture à chaque repas.

f) Ne pas porter de corsets serrés ni de cols serrés autour du cou.

En ce qui concerne le régime alimentaire, on doit interdire l'alcool, la charcuterie, les poissons, les coquilles de mer, les crustacés, le gibier, les pâtés, les fromages.

Parmi les médicaments dont l'emploi à l'intérieur donne les résultats les moins aléatoires, il faut citer les laxatifs, tels que la magnésie, le soufre lavé et purifié, les alcalins, les antiseptiques intestinaux, et surtout le benzo-naphtol; parfois l'arsenic, le sulfure de calcium, le chlorure de sodium, l'ichtyol, la noix vomique, l'acide phénique.

M. Brocq emploie en outre, une substance qui donne des résultats surprenants dans le traitement des furoncles et des anthrax; dans l'acné juvénile, cette substance, la levure de bière, agit en empêchant les grosses papulo-pustules de se développer.

M. Brocq donne la levure de bière deux ou trois fois par jour, aux repas, délayée dans un peu d'eau, le malade en prend, chaque fois, de une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe, suivant la tolérance de son estomac. Il faut qu'elle soit parfaitement fraîche. Quand on n'a pas de levure de bière, on peut se contenter de levure de boulanger ou de pâtissier, dont on prend gros comme une petite cerise ou comme une noisette, délayée dans un peu d'eau. Quelques personnes ne peuvent tolérer ce médicament, qui leur donne des aigreurs, des douleurs d'estomac et trouble leur digestion.

Dans ces cas, M. Brocq prescrit des cachets contenant :

Bicarbonate de soude....	0 gr. 40
Magnésie calcinée.....	0 gr. 20
Soufre lavé et purifié... }	
Benzo-naphtol..... }	aâ 0 gr. 15

Le traitement externe des acnéiques est fort important.

De tout temps, l'observation minutieuse a prouvé l'efficacité des lavages à l'eau chaude, et des savonnages des parties malades. Les acnéiques se laveront avec des tampons d'ouate hydrophile, et non avec des éponges; ils se serviront, pour cela, d'eau aussi chaude que possible, qui aura bouilli avec du son et avec une cuillerée à soupe environ de boricine par litre, ou encore avec de une à trois cuillerées à soupe par litre d'une poudre renfermant :

Acide borique.....	200 gr.
Borate de soude..... }	
Bicarbonate de soude.... }	aâ 100 gr.

Au moment de l'employer, il sera bon, si le malade a beaucoup de séborrhée du visage, d'y ajouter du coaltar saponiné et quelques gouttes de teinture de benjoin.

Chez les sujets à peau irritable on n'agira que par l'hygiène et le régime combinés avec des lotions boriquées chaudes et des pommades douces au camphre, au naphtol, à l'ichtyol, au savon noir, mitigées d'oxyde de zinc.

Voici la prescription que fait M. Brocq, aux acnéiques dont la peau n'est pas très susceptible. Matin et soir lavages avec la solution alcaline précédemment indiquée; le soir savonnage avec du savon au naphtol.

Une ou deux fois par semaine, suivant l'irritation produite, remplacer le savon précédent par le suivant :

Savon mou de potasse.....	50 gr.
Acide salicylique.....	30 gr.
Résorcine.....	2 gr.

Après le savonnage de chaque soir, le malade appliquera sur les boutons un peu de la pommade suivante :

Naphtol B.... }	
Camphre..... }	aâ 0 gr. 25
Résorcine.....	0 gr. 02
Savon noir	0 gr. 60
Craie préparée.....	0 gr. 30
Soufre précipité.....	2 gr.
Vaseline..... }	
Lanoline..... }	aâ 10 gr

Le matin, après sa toilette, la malade passera sur sa figure de l'alcool camphré.

Si elle est obligée de sortir, elle mettra un peu de la pommade suivante :

Acide salicylique....	0 gr. 25
Oxyde de zinc.....	3 gr.
Lanoline.....	6 gr.
Vaseline pure.....	12 gr.

Puis elle essuiera doucement et se poudrera par dessus avec de la poudre d'amidon.

Tel est le meilleur traitement local de l'acné vulgaire; il comporte de nombreuses variantes:

Au lieu de savon au naphtol, on peut, suivant les susceptibilités individuelles, employer les savons à l'ichthyol, au lysol, à l'acide borique, au borate de soude, au soufre, au sublimé.

Lorsque la peau est très irritable, au lieu de la pommade indiquée plus haut, des pommades mitigées du type suivant :

Résorcine.....	0 gr. 10
Soufre précipité.....	0 gr. 50
Oxyde de zinc.....	2 gr.
Lanoline.....	6 gr.
Vaseline.....	12 gr.

Parfois les simples pommades au savon noir (acide salicylique 0 gr. 30, savon noir 1 gramme, lanoline et vaseline, aâ 10 gr.) donnent d'excellents résultats.

Parfois la peau tolère mieux les pâtes épaisses :

Oxyde de zinc..... }	
Soufre précipité..... }	
Lanoline..... }	aâ 5 gr.
Huile d'amandes douces }	
Résorcine.....	0 gr. 20

Lorsque la séborrhée est fort intense, on peut remplacer les pommades par des lotions soufrées.

Résorcine.....	2 gr.
Soufre précipité.....	10 gr.
Alcool camphré.....	20 gr.
Glycérine neutre pure..	5 gr.
Eau distillée de rose..	100 gr.
Eau distillée.....	150 gr.

agiter violemment le flacon avant de s'en servir.

On met un peu du mélange dans une soucoupe, on le prend avec un petit tampon d'ouate hydrophile et on le dépose sur les points malades.

G. Lyon.

Valeur désinfectante de l'éthylène-diamine-crésol (crésamine) : **son emploi en dermatologie.** — (*Therap. Monatshefte*, avril 1898). — Eckstein a étudié le mélange à parties égales de tricrésol et d'éthylène-diamine, désigné sous le nom de *crésamine*. Il s'agit d'un liquide incolore, translucide, d'odeur légèrement phé-

niquée, de réaction alcaline, soluble dans 1,8 parties d'eau. De nombreuses recherches bactériologiques et cliniques ont permis à l'auteur de démontrer que la crésamine présente une valeur désinfectante très élevée, supérieure à celle de l'acide phénique, du crésol, etc. L'action en profondeur est manifeste, la substance ne coagulant pas les liquides albuminoïdes. La crésamine, en solutions de 1 à 2 0/0, n'est absolument pas irritante : elle donne d'excellents résultats dans le traitement de l'eczéma (pansements humides de 1 : 4,000 à 1 : 400 ou pommades à base d'adeps lanae 10 à 50 0/0). Des bains locaux prolongés à 1 : 4,000 se sont montrés très utiles dans des cas de lupus des extrémités, après râclage. Le sycosis, les ulcères de jambe, etc., ont été de même traités avec succès au moyen de pommades, solutions, gaze contenant de la crésamine.

E. VOGT.

Traitement de certaines affections cutanées par la compression élastique. (*Médicins koie Obos.* nº 2, 1898). – ZERENINE procède de la façon suivante :

La région malade est recouverte de bandes élastiques de façon à ce que la pression soit à peine sensible. Le bandage est laissé en place pendant 12 à 24 heures; il est enlevé, alors et après un lavage minutieux de la région malade et du bandage il est appliqué de nouveau. Pour maintenir la bande élastique on la recouvre d'une bande de gaze lâche. D'après Zerénine le bandage élastique agit par la pression légère quelle détermine et par la chaleur qui se développe ; il faudrait en outre attribuer un certain rôle au repos auquel se trouvent soumises les régions malades.

L'auteur rapporte le cas d'une malade, âgée de 14 ans, atteinte depuis un an de tuberculose cutanée avec ulcération du poignet de la main droite.

L'application du bandage élastique, pendant deux semaines, a donné un résultat vraiment remarquable ; presque toutes les ulcérations se sont remplies de bonnes granulations. En outre, la flexion de l'orteil, qui avait été très compromise, commença à s'améliorer sensiblement.

Au bout d'un mois, toutes les ulcérations se recouvrirent d'une délicate cicatrice.

L'auteur rapporte encore trois cas de tuberculose cutanée où le bandage élastique a donné également de bons résultats. Ajoutons que Zerénine met en garde contre une application prolongée du bandage, ce qui produirait une aggravation.

B. TAFT.

La meilleure méthode pour les frictions hydrartgyriques. (*Monatshefte f. pract. Dermatologie*, vol. XXVI nº 2). — UNNA préfère le *savon gris* (*Sapo cinereus*) à l'onguent gris classique. On prépare un savon au moyen d'axonge et de lessive de potasse, on y ajoute 5 0/0 d'axonge benzoïnée, et on y incorpore 1/3 de son poids de mercure. 4 gr. de savon correspondent à 6 gr. d'onguent gris au point de vue de l'action thérapeutique.

Le mode d'application est le suivant : on étend une couche mince du savon sur la région choisie, on fait une friction selon la méthode ordinaire et on frictionne ensuite à nouveau au moyen de la main, préalablement trempée dans l'eau chaude. La main sera mouillée 4 à 5 fois au cours de cette dernière manipulation. Au bout d'un quart d'heure (temps total), l'opération est terminée, la peau est sèche, recouverte d'une très mince couche grisâtre.

Les avantages de ce *modus faciendi* sont nombreux : le patient est beaucoup moins incommodé qu'avec la méthode classique, salissante et nauséabonde, l'effet thérapeutique est beaucoup plus rapidement obtenu, on peut intervenir même dans les cas où l'enduit sébacé de la peau est très abondant et s'oppose à l'incorporation de l'onguent gris. On peu enfin ajouter au savon gris d'autres préparations (pâte de zinc, etc.) lorsqu'il s'agit de combattre des dermatoses concomitantes rebelles (acné, lichen plan, etc.)

E, VOGT,

Du goitre syphilitique, (*27e Congrès de Chirurgie*). par M. KÜTTNER (de Tubingue). — Cette affection est peu connue ; elle affecte les allures du goître malin et menace le malade de myxœdème par destruction du tissu thyroïdien. Ces tumeurs ont un accroissement rapide; on ne peut rejeter l'idée d'une affection maligne qu'en faisant l'examen microscopique d'un fragment. Les tissus ont à la coupe, un aspect lardacé spécial. Dès lors, il suffit de mettre les malades au traitement ioduré pour voir l'affection rétrocéder en 3 à 4 semaines.

AUG. BENOIT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL,

Chef de Laboratoire à la Charité

De l'opothérapie ovarienne par DALCHÉ, (*Bulletin général de Thérapeutique*, tome CXXXV, p. 278 et 378, 1898). — Les accidents de la ménopause constituent la meilleure indication de cette opothérapie; il en est de même des accidents tout à fait analogues de la ménopause prématurée et opératoire, lorsque pendant une intervention, le chirurgien a pratiqué l'ablation des ovaires.

Spillmann et Etienne ont conseillé, d'autre part, l'opothérapie ovarienne dans le traitement de la chlorose, cette maladie étant pour eux d'origine génitale. Quelques bons résultats ont été obtenus; Spillmann et Etienne ont vu l'état général s'améliorer, la pâleur diminuer, le nombre des globules augmenter; Muret a constaté aussi une amélioration notable, mais on ne peut considérer le traitement comme spécifique, car à côté des améliorations obtenues, il y a eu de nombreux échecs.

Chez les femmes atteintes de goître exophtalmique, les fonctions génitales sont troublées et presque toujours c'est la suppression des règles que l'on constate; aussi a-t-on eu l'idée de traiter par l'ovarine la maladie de Basedow; Jayle, Muret, ont mentionné un résultat heureux.

D'autre part on a employé cette substance dans certains cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée.

Théoriquement, cette médication semblerait devoir s'adresser de préférence à la dysménorrhée que n'accompagne aucune lésion aiguë ou chronique de la matrice ou des annexes, quand la dysménorrhée traduit soit une ovulation pénible, défectueuse, soit un molimen difficile, ou des souffrances ovariennes chez des nerveuses, par exemple.

A l'époque de la puberté, l'opothérapie ovarienne peut aussi s'adresser à l'aménorrhée qui résulte de fonctions ovariennes paresseuses ou bien à l'aménorrhée accidentelle survenue à la suite d'un accident, d'une émotion, d'un écart de régime, etc.

L'obésité présente des rapports avec l'aménorrhée; elle tend à se montrer avec la ménopause. Toutefois l'ovarine n'a pas donné de résultats à Dalché chez une malade approchant de la ménopause, à la fois obèse et neurasthénique.

L'ingestion de substance ovarienne n'offre pas de danger et n'a jamais été suivie d'accidents alarmants; on a parfois signalé des douleurs abdominales, de l'accélération du pouls, une légère élévation de la température. Lissac a donné impunément à ses malades des bols d'ovaires hachés de 10 gr. et de 20 gr. par jour et pendant longtemps.

On prescrit habituellement l'ovarine sous forme de poudre d'ovaires desséchés à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour en cachets ou en capsules.

G. LYON.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme (*Therap. Monatshefte*, avril 1898. — FURST a traité par le protargol, 36 cas de blennorrhagie chez la femme. Dans quatorze cas, la cavité utérine toute entière était affectée, dans huit, le col seulement, dans cinq, existait de l'urèthro-cystite, dans trois, de la vulvite et dans deux de l'endométrite avec salpyngite au début, dans un cas de la vaginite. En outre, cinq cas de vulvite infantile furent soumis à la médication.

La recherche du gonocoque n'est pas toujours facile, surtout dans les cas anciens, et il faut être fort prudent dans l'emploi d'injections irritantes destinées à provoquer une sécrétion plus abondante, dans laquelle on peut alors retrouver plus aisément le gonocoque. Une fois le diagnostic établi, il faudra se rappeler que l'infection de l'utérus et de ses annexes est bien autrement difficile à combattre que celle du vagin et de ses dépendances.

Le traitement de la gonorrhée du col et de la cavité utérine est institué par Fürst, quatre à cinq jours après la fin des règles : on commence par un lavage soigneux de la cavité utérine à l'eau stérilisée tiède (sonde en verre), puis on fait un lavage prolongé au moyen d'une solution à 1/2 0/0 de protargol.

Il est recommandable d'avoir à sa disposition une solution mère que l'on prépare de la façon suivante : 10 gr. de protargol sont mélangés à 5 gr. de glycérine, puis on ajoute 30 gr. d'eau et l'on chauffe au bain-marie jusqu'à dissolution complète : à ce moment, on ajoute 65 gr. de glycérine très diluée. Cette solution servira à préparer, au degré de concentration nécessaire, la solution à injecter.

On débutera toujours par les solutions à 1/2 0/0 : si l'utérus les supporte bien, on pourra injecter des solutions à 1 0/0 On fera passer deux litres au moins de liquide. Après le lavage, on nettoie la portion vaginale avec des bourdonnets d'ouate stérilisée, puis on introduit dans le col une petite bougie conte-

nant 5 0/0 de protargol, destinée à fondre en un quart d'heure au plus. Puis on fait un lavage du vagin avec une solution de protargol à 10 0/0 : on applique en dernier lieu, sur le col, un tampon imbibé d'une solution glycérinée au même titre, et on place pardessus des tampons secs. Toutes les 24 heures, pendant cinq à sept jours, on procède aux mêmes manipulations, en augmentant toutefois le titre de la solution servant aux lavages (jusqu'à 2,5 0/0). Dans les cas très tenaces, on peut aller jusqu'à 5 0/0.

A la fin de la première semaine, on ne trouve, en général, plus de gonocoques ; il faut cependant continuer le traitement par les lavages à 2,5 0/0 tous les deux jours : les bougies fondantes introduites dans le col, ne contiendront plus que 5 0/0 de protargol. Les jours intercalaires, on fera des lavages avec la solution suivante : sous nitrate de bismuth, 2 1/2 0/0; glycérine, 20 0/0; eau, 80 0/0.

Dans la troisième semaine, les astringents seuls seront utilisés, aussi bien pour les lavages que pour les bougies : les tampons seront imbibés de glycérine au tannin. A partir de la quatrième semaine, la malade pourra se traiter elle-même pas des injections phéniquées et en appliquant un tampon de glycérine au tannin.

Il va sans dire que tout coït sera défendu, qu'on recommandera la plus grande propreté.

Si l'on a affaire à une vaginite siégeant dans le tiers inférieur du vagin, on commencera par cautériser au nitrate d'argent les points où la muqueuse est desquamée, puis on fera des lavages au protargol à 5 0/0, suivis de l'application d'un tampon imbibé d'une solution glycérinée de protargol à 10 0/0. Traitement astringent consécutif.

En cas d'uréthrite, on fera un lavage intravésical à 1 0/0 puis on introduira dans l'urèthre une bougie fondante à 5 0/0 de protargol. Au bout de cinq à six jours, toute virulence a disparu.

En résumé, on arrive avec le protargol à détruire rapidement les gonocoques : il faut toujours étendre la médication à la cavité utérine, même si le col seul semble atteint. En cas de salpyngite, le traitement ne peut remplacer l'intervention opératoire, mais on se mettra à l'abri de cette complication, dans les cas où elle n'existe pas encore, avec le traitement indiqué ci-dessus.

E. VOGT.

Traitement du cancer de l'utérus par l'alun, (*Wratsch* nº 12, 1898). — PASCHKEWITICH rapporte le cas d'une femme de 45 ans atteinte d'un large cancer de l'utérus qui avait envahi les ligaments larges et la paroi du rectum. Le cas ayant été reconnu inopérable, on se borna au traitement local qui consiste en lavages d'acide borique et de permanganate de potasse et en saupoudrement d'alun.

Le résultat obtenu est des plus satisfaisants, les parois vaginales se sont détergées, il s'est formé des cicatrices solides aussi bien sur les parois vaginales que sur le col de l'utérus.

En outre, l'état général s'améliora; les douleurs disparurent; l'appétit revint ainsi que le sommeil. On n'a pas noté d'hémorragies.

L'auteur attribue le résultat obtenu à l'action de l'alun.

B. TAFT.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Deux cas de pleurésie purulente chez l'enfant guéris par ponction simple. M. VARIOT (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 17 Mars 1898), à propos de deux cas de pleurésie purulente guéris par une simple ponction, cherche à établir les indications de l'empyème et celle de la ponction simple.

Celle-ci sera indiquée quand l'épanchement est de quantité modérée, quand il y a peu de gêne dans les fonctions respiratoires, absence d'élévation termique, état satisfaisant des fonctions digestives et de la nutrition. Dans ces cas, en effet, une simple ponction pourra amener la guérison de l'enfant.

Il n'en est pas de même, au contraire, quand l'épanchement est très abondant, remplissant tout un côté du thorax, refoulant fortement le cœur, gênant considéralement les mouvements respiratoires, ou bien quand le pus retiré par ponction est putride, quand la température reste élevée pendant plusieurs jours, quand les forces se perdent et que les fonctions digestives sont troublées. Dans les cas où l'infection générale est manifeste, il faut pratiquer une large ouverture de la plèvre, évacuer le pus et drainer largement. La ponction simple donne donc, dans ce traitement des pleurésies purulentes de l'enfant, des succès très encourageants, mais elle n'est applicable que dans une catégorie restreinte de cas

et l'observation clinique attentive est seule capable de nous fixer sur les indications thérapeutiques auxquelles il faudra obéir.

E. THIERCELIN.

Convulsions du nouveau-né provoquées par l'acoolisme de la nourrice. — M. H. MEUNIER vient de rapporter dans le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* (25 avril 1898), une observation fort intéressante concernant un nouveau-né atteint de convulsions, dont la cause échappa pendant quelques jours. L'examen, en effet, restait absolument négatif, et on ne pouvait invoquer aucune des causes dont relèvent habituellement les convulsions du nouveau-né : l'infection (gastro-intestinale ou pulmonaire) n'était pas admissible, étant donné l'absence absolue de tous symptômes locaux et généraux; quant aux autres causes plus rares, dentition prématurée, otite, ossification vicieuse des os craniens, syphilis, tumeur cérébrale, etc., on ne pouvait les accepter en l'absence de tout argument démonstratif. M. Meunier pensa alors qus la cause de ces convulsions pouvait bien être recherchée du côté des *ingesta*, c'est-à-dire dans le lait qu'absorbait l'enfant; celui-ci étant à la mamelle, il écarta la nourrice et vit qu'aussitôt les convulsions cessèrent. La nourrice fut remplacée par une autre et les convulsions ne réapparurent plus Une enquête poussée à fond fit savoir que la première nourrice buvait en cachette une assez forte quantité de vin pur.

E. THIERCELIN.

Indications et technique du lavage de l'estomac dans les affections gastro-intestinales des nourrissons, par O. COZZOLINO. (*La Pediatria*, n° 1, p. 1. Janvier 1898). — EPSTEIN, le premier, en 1880, a préconisé l'emploi du lavage de l'estomac chez les nourrissons atteints de catarrhe aigu gastro-intestinal. Demme, presque en même temps, a recommandé le même moyen de traitement.

Toutefois la pratique du lavage de l'estomac chez les nourrissons ne s'est généralisée qu'après les deux mémoires publiés par Esptein en 1883 et 1887. (*Archiv für Kinderheilk et Jahrbuch für Kinderheilk.*).

Il faut encore citer comme relatifs au même sujet les mémoires de Baginsky, de Friedlaender, de Monti, de Lorey, de Vogel, d'Ehring, de Booken, de Leo, de Bongers, de Riemschneider, etc. Au milieu du concert quasi unanime d'éloges adressés à ce moyen de traitement, seul Soltmann a donné une note discordante, considérant le lavage de l'estomac comme difficile à appliquer et comme inutile dans les phases avancées de la maladie.

Epstein dit avoir pratiqué plus de deux mille lavages sans avoir observé le moindre accident.

On se sert pour le lavage d'un entonnoir en verre auquel on adapte un tube en caoutchouc rouge de 40 à 45 centimètres de long et de 6 millimètres de diamètre environ. Il est nécessaire d'enfoncer le tube de 23 à 30 centimètres pour qu'il pénètre dans l'estomac.

Dès que le tube est en contact avec les parois de l'estomac, celles-ci se contractent et le contenu de l'estomac est rejeté au dehors. Quand l'estomac est dilaté, il y a en même temps issue d'une notable quantité de gaz.

Pour le lavage on emploie soit de l'eau stérilisée, tiédie, soit de l'eau additionnée de chlorure de sodium (3 p. 1000), dont on verse 30 à 35 c. c. dans l'entonnoir; on introduit la même quantité de liquide à 2 ou 3 ou 4 reprises, après avoir retiré la première.

L'introduction de la sonde peut déterminer la cyanose, mais jamais il ne survient d'accidents, si l'on interrompt à temps le lavage.

Le lavage est contre-indiqué chez les enfants en état de collapsus, chez ceux qui sont atteints d'affections des voies respiratoires ou de lésions cardiaques.

C'est dans le cas de gastro-entérite aiguë que réside la principale indication du lavage; il a pour effet d'évacuer les produits de fermentation auxquels sont dus les accidents graves.

Il ne faut pas perdre de vue que l'estomac de l'enfant qui à l'état normal est vide au bout d'une heure à une heure et demie après la tétée, contient encore du liquide au bout de 3 à 5 heures, à l'état pathologique.

Le lavage est encore indiqué dans la dyspepsie chronique.

G. LYON.

Traitement des paralysies infantiles. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 avril 98). — Le Dr EULENBURG vient d'utiliser la méthode que Nicoladoni a le premier préconisée, et qui consiste à greffer sur le tendon d'un muscle dont les fonctions sont affaiblies, le tendon d'un autre muscle à fonctions normales. Cette méthode a donné déjà de bons résultats dans la polio-myélite antérieure de l'enfance (paralysie infantile). Eulenburg a traité par ce procédé un cas de maladie de Little; on sait que cette dernière affection se caractérise, non par un état parétique, mais bien par un état de

contracture spasmodique. Cet état est dans la règle localisé à certains groupes musculaires, les antagonistes restant indemnes : ce sont ordinairement les fléchisseurs qui ont perdu leurs fonctions normales.

L'intervention d'Eulenburg a eu pour but d'aplanir, pour ainsi dire, les anomalies d'innervation observées chez la petite fille de 4 ans, qui fait le sujet de la communication, et qui présentait, aux membres inférieurs, la position classique en équino-varus spasmodique. L'auteur se décida en conséquence à essayer de transmettre aux muscles normaux, l'excès de dynamisme nerveux se distribuant dans les muscles fléchisseurs, et cela au moyen d'une suture partielle du tendon d'Achille aux tendons du long et du court péronier latéral. Le pied placé en flexion exagérée et en pronation fut immobilisé par un appareil plâtré. Douze jours plus tard on enleva le plâtre, et on trouva la plaie cicatrisée et le pied en bonne position : *disparition de la contracture spasmodique*. La faradisation du nerf tibial postérieur produit de la pronation et du relèvement du bord externe du pied. La marche est beaucoup plus facile et le résultat si avantageux qu'une seconde intervention fut décidée pour faire disparaître l'élément spasmodique dans l'autre jambe. A la suite de cette seconde opération, le spasme a pour ainsi dire entièrement disparu et la marche est normale.

L'auteur admet que dans le jeune âge des opérations destinées à dériver un influx nerveux exagéré sur les muscles antagonistes, doivent donner des résultats satisfaisants. Il y aurait lieu d'étendre le champ des recherches de ce genre, et de voir si, par exemple, dans les cas de contractures partielles se développant chez d'anciens hémiplégiques, on n'obtiendrait pas aussi quelques succès.

E. Vogt.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1897 par Sevestre. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 29 avril 1898). — Sur 580 malades atteints de diphtérie (angine ou croup), 102 sont morts dont 43 dans les premières vingt-quatre heures, ce qui donne pour la mortalité globale le chiffre de 17,40 et pour la mortalité réduite celui de 10,80.

Sur l'ensemble des diphtéries il y a eu 99 cas de strepto-diphtérie. Or, tandis que pour le premier groupe la mortalité globale est de 14,34 pour 100 et la mortalité réduite de 8,24, pour les cas de strepto-diphtérie, la mortalité globale est de 32,32 pour 100 et la mortalité réduite de 23,80, c'est-à-dire presque trois fois plus forte.

Les malades, à quelques exceptions près, ont tous reçu, dès leur entrée, une injection de sérum ; la dose moyenne fut de 20 cent. cubes pour les enfants de deux ou trois ans. Dans le croup, il est souvent utile d'injecter d'emblée 30 c. cubes.

Outre l'injection de sérum, M. Sevestre fait faire une grande irrigation de la gorge avec la liqueur de Labarraque, à 50 pour 1000, et, dans les cas graves, avec la solution de chloral à 1 pour 100 qui est plus active, mais aussi plus désagréable pour le malade.

M. Sevestre évite, le plus souvent, le traitement local, mais dans les cas de diphtérie associée, quand les fausses membranes persistent longtemps, il fait faire le plus souvent sur les amygdales des applications de teinture d'iode ou de poudre de salol.

Les cas de croup ont été au nombre de 341. Avant le tubage les malades étaient placés dans une atmosphère de vapeur; à la première menace d'un accès de suffocation on pratiquait l'enveloppement froid du thorax qui, bien souvent, a permis de retarder et même d'éviter l'intervention.

Chez 202 enfants le tubage a été pratiqué; sur ce nombre 40 sont morts, dont 21 plus de vingt-quatre heures après l'entrée, ce qui donne, pour la mortalité globale, le chiffre de 19,70 et pour la mortalité réduite celui de 11,41.

Dans 21 cas, le tubage a été suivi de trachéotomie; et enfin 17 enfants ont été trachéotomisés d'emblée.

G. Lyon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

De l'état actuel de l'opothérapie, par A. Gilbert et P. Carnot. (*Congrès français de Médecine interne*. Avril 1898). — Après avoir décrit le mode de préparation des extraits d'organes, les rapporteurs passent en revue les indications de l'opotherapie et les résultats donnés par ce mode de traitement, jusqu'à ce jour.

Organes génitaux. — La médication par le suc testiculaire est en général abandonnée; par contre, la médication ovarienne est de

plus en plus en faveur. On emploie l'ovaire en poudre desséchée ou en tablettes. On peut employer également l'extrait glycériné. Les doses sont assez variables car on n'observe pas d'intolérance. Généralement on se contente de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour.

L'opothérapie ovarienne a été employée dans divers cas :

a) Contre les accidents provoqués par la double castration chirurgicale (Jayle, Mainzer, Muret, Hegar, Lissac, etc.)

Gilbert a observé un très beau cas d'amélioration (troubles nerveux consécutifs à la castration), ayant récidivé après cessation d'ovarine, ayant à nouveau cédé à l'administration de l'extrait.

b) Contre les troubles de la ménopause physiologique. Les résultats sont assez fréquemment satisfaisants, mais beaucoup moins que dans le premier cas.

c) Contre les troubles dénotant une insuffisance génitale. Un certain nombre de cas ont été améliorés.

d) Contre la chlorose. L'opothérapie ovarienne a été employée par Muret, Spillmann et Etienne; ces deux derniers auteurs, sur 6 chlorotiques, ont obtenu trois résultats assez satisfaisants.

e) Contre l'ostéomalacie, des tentatives ont été faites.

f) Contre les maladies nerveuses (hystérie, neurasthénie, vésanie (Nacke, Regis, Clément), contre la maladie de Basedow (Muret, Jayle).

Système nerveux. — Les extraits de substance cérébrale et médullaire employés par Babès, C. Paul et Cullère sont aujourd'hui abandonnés.

Le corps pituitaire, dont on entrevoit les relations avec l'acromégalie a été plusieurs fois utilisé avec succès dans le traitement de cette affection.

Moelle des os, rate, ganglions lymphatiques. — La moelle osseuse a été employée dans certains cas d'anémie pernicieuse, de leucémie, de chlorose, sans résultats bien appréciables, au moins en ce qui concerne cette dernière affection (Gilbert et Garnier).

La rate a été utilisée dans les cas de paludisme par Cousin, Critzmann. Ce dernier, dans quatre cas de paludisme chronique avec grosse rate a obtenu un relèvement de l'état général et l'espacement des accès.

Poumons. — Brunet a traité quelques cas de bronchite chronique avec le suc pulmonaire et aurait obtenu une diminution de l'expectoration. Demons et Binaud (de Bordeaux), ont pratiqué des injections de suc pulmonaire chez un individu atteint d'ostéo-arthrite consécutive à une pleurésie purulente. La mobilité articulaire se rétablit, en même temps que se tarissait et se cicatrisait la fistule pulmonaire.

Reins. — Dans l'anurie calculeuse avec intégrité du rein, la survie est assez longue (7 et même 14, 16 jours), Cette survie, d'après Brown-Sequard, tient à ce que la secrétion interne du rein étant conservée, les produits versés dans le sang par cet organe s'opposent à l'auto-intoxication rapide.

Les injections de suc rénal paraissent influer sur la dyspnée urémique et la suppriment même parfois. Les injections d'extrait de rein ont été faites par Dieulafoy, par Teissier et Frœnkel qui ont constaté, le premier une réapparition temporaire de la secrétion rénale chez un urémique, les autres une amélioration générale.

Gilbert a soigné par l'extrait de rein des albuminuriques observés depuis très longtemps, à proportion d'albumine fixe. Sous cette influence, l'albumine est tombée très rapidement (3 grammes au lieu de 6); les malades éprouvent un sentiment d'amélioration.

Capsules surrénales. — Dans certains cas le traitement a paru nocif (Foa, Pellacani, Zucco, Pitres); dans d'autres il n'a donné aucun résultat; quelquefois un seul symptôme à été atténué, (asthénie, Langlois), enfin M. Beclère a relaté un cas de guérison complète.

Pancréas. — L'opothérapie pancréatique n'a donné, dans le diabète, que peu de résultats expérimentaux et cliniques.

Foie.—Les lavements de foie ont paru accélérer la secrétion biliaire chez une femme opérée (cholérystostomie) et conservant une fistule biliaire.

Les maladies du foie paraissent impressionnées d'une façon favorable par l'extrait hépatique. Mais la glande ne doit pas être trop altérée pour réagir à l'excitant spécifique.

Chez un cirrhotique atteint de délire, l'ingestion quotidienne de 100 gr. de foie frais, fit rapidement disparaître les troubles cérébraux.

Dans un cas désespéré de cirrhose du foie chez un alcoolique, avec symptômes aigus d'ictère grave, l'extrait hépatique fut administré. Le malade revint à un état satisfaisant. Les hémorragies multiples s'arrêtèrent, le délire cessa, les selles se recolorèrent.

Chez une femme cirrhotique, entrée dans état désespéré, avec ascite, ictère, hémorragies, etc., l'extrait de foie amena très rapidement une amélioration considérable.

Dans le diabète les résultats ont été variables; plusieurs cas n'ont donné que des

ésultats insignifiants. D'autres cas ont été meilleurs; une femme ayant 155 gr. de sucre par 24 heures n'en eut plus. au bout de quatre jours, que 93 gr.; au bout de neuf jours que 85 ...

G. LYON.

De l'état actuel de l'opothérapie, par MOSSÉ. *(Même congrès)*. — Dans son rapport, M. Mossé a particulièrement étudié l'opothérapie thyroïdienne.

En 1895, Vermehren, en précipitant par l'alcool un extrait glycériné de thyroïdes, obtint une substance qu'il appela thyroïdine.

La même année, Notkine put extraire deux principes toxiques (la thyréoprotéide et la thyréoïdine).

En 1896 eut lieu la découverte de Baumann qui retira de la thyroïde une matière protéique contenant de l'iode; il la nomma iodothyrine ou thyroïodine. Ce serait la vraie substance active du corps thyroïde; elle contient de l'azote (1 à 0,5 0/0) et de 3 à 10 0/0 d'iode. L'iodothyrine représente 0.2 à 0.3 0/0 du poids total de la thyroïde.

L'action physiologique de l'iodothyrine se traduit par l'accélération, la faiblesse et surtout l'instabilité du pouls. Cette instabilité, caractérisée par la rapide augmentation des pulsations (20, 30, 40) sous l'influence du moindre effort, précède la tachycardie qui s'établit et s'accentue quand le thyroïdisme devient plus évident. Ce symptôme indique qu'il faut diminuer ou cesser le médicament. Celui-ci agit, en effet, comme un poison du cœur. Il peut déterminer la mort par syncope, alors même que la médication a été interrompue.

L'augmentation de la température signalée par Lépine, White, Murray, Robin, etc., est loin d'être constante.

Les modifications de la nutrition sont variables, non seulement en raison des susceptibilités individuelles, mais encore suivant la nature de la maladie contre laquelle le traitement est dirigé.

Le traitement agit sur la crase sanguine. Il détermine une rapide augmentation des globules chez les myxœdémateux.

Il a une influence excitative sur les organes mammaires; on a utilisé cette propriété pour redonner toute sa vigueur à la lactation.

Enfin, l'opothérapie thyroïdienne est capable de réveiller et exciter le processus de croissance, tant que l'ossification du squelette n'est pas complète.

Ce traitement doit être appliqué :

A. Dans les états morbides et dystrophies sous la dépendance d'une altération manifeste ou de la suppression de la glande thyroïde (myxœdème, crétinisme endémique).

B. Dans les états morbides et troubles des organes ou fonctions en corrélation avec le corps thyroïde, conduisant à admettre un trouble fonctionnel de la thyroïde sans altération physique évidente (goîtres et autres affections de la glande thyroïde; nutrition retardante, retard de développement du système osseux; retard de la puberté, obésité et certains cas de diabète.

C. Dans les états morbides et syndromes empiriquement améliorés par l'opothérapie thyroïdienne.

Les contre-indications se tirent de l'état du cœur (altérations du myocarde), de l'état des reins, de l'existence de tuberculose.

En ce qui concerne le goître exophtalmique, il faut distinguer la forme classique; (dans ce cas, pas de traitement thyroïdien), et les faux goîtres exophtalmiques ou goîtres basedowifiés (Marie), contre lesquels on peut tenter la médication thyroïdienne, avec prudence.

L'ingestion est à peu près la seule méthode usitée. On emploie la glande fraîche de mouton (veiller à ce qu'on ne donne pas par erreur le thymus, les glandes salivaires ou même du poumon.)

On donne la glande fraîche, au moment des repas, comme de la viande crue ordinaire, ou bien réduite en petits fragments, mélangés au bouillon ou enrobés dans de la poudre de sucre, de réglisse.

La dose doit être formulée en poids, non en lobes, car le poids d'un lobe peut varier dans la proportion de 1 à 5 ou 6. Le poids moyen d'un lobe (c'est-à-dire d'une demi-glande) est ordinairement de 1 gr. 20 à 1 gr. 50.

On peut commencer par 1 à 2 gr. de glande fraîche par jour. Suivant l'effet, cette dose est conservée ou portée à 3-4 gr. Le médicament est diminué ou supprimé, s'il survient des phénomènes d'intolérance (pouls instable, tachycardies, palpitations, céphalalgies, malaise gastrique, insomnie, brisement des forces).

Dès que les symptômes sont amendés, on espace les doses (ration d'entretien).

Dans le myxœdème, la dose quotidienne doit être de un lobe, c'est-à-dire 2 gr. environ, pendant les 3 premiers jours (Marie); puis, au bout de ce temps, quand la réaction thyroïdienne aura commencé à se manifester, la dose ne sera plus donnée que tous les deux jours.

Enfin, on espace ultérieurement en ne

donnant plus un lobe que tous les trois, quatre ou cinq jours.

Dans l'obésité, la dose moyenne de 1 gr. par jour, ou de 4 grammes deux fois par semaine, est habituellement employée.

Les préparations pharmaceutiques de glande desséchée, réduite en poudre et présentée en tablettes de 0 gr. 10 (mélangée à du miel, du sucre de lait), correspondent à une quantité variable de glande fraîche.

G. LYON.

Recherches expérimentales sur l'action de la saccharine. (*Congrès allemand de médecine interne, Wiesbaden*, 13 — 16 avril 1898.) — BORNSTEIN conclut d'une série d'expériences et de recherches de chimie biologique, que la quantité des selles augmente de 20 0/0 sous l'influence de la saccharine; la quantité d'azote et de graisses des aliments, éliminés sans être résorbés, est bien supérieure à celle notée pendant le temps où le sujet en expérience ne prend pas de saccharine. L'auteur n'a pu trancher la question de savoir si la saccharine agit comme purgatif léger ou comme inhibiteur de la résorption intestinale.

La saccharine doit en tous cas, être maniée avec une grande prudence, et il y aurait lieu, pour l'orateur, d'admettre la proposition de Salkowski concernant une déclaration obligatoire à exiger des fabricants de produits alimentaires qui font usage de saccharine.

Au cours de la discussion qui a suivi cette communication, BOAS et WYSS ont attribué à la saccharine une action anti-fermentescible très utile dans les cas de diarrhée chronique. Les autres orateurs se sont en général prononcés défavorablement au sujet de cette substance, et lui ont dénié surtout toute valeur alimentaire.

E. VOGT.

Alimentation par les albuminoïdes. (*Congrès d'hygiène de Madrid*, 10-17 avril 1898). — Le Pr FINCKLER de Bonn, a présenté sur ce sujet une communication importante qui touche par plusieurs côtés à la thérapeutique, car une alimentation insuffisante constitue, en cas de maladie, une cause de complication plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer de prime abord.

Un homme robuste, fournissant une grande somme de travail musculaire, a besoin de 1 gr. 73 d'albumine par kilo de son poids en 24 heures : cette quantité constitue un desideratum auquel l'organisme ne peut échapper, car il ne faudrait pas s'imaginer qu'on pût la remplacer, même en minime partie, par des hydrocarbures; les albuminoïdes détruits dans le muscle au cours de l'exercice musculaire ne peuvent être remplacés que par leurs congénères. Le besoin de variation dans la nature et la préparation des mets, est très impérieux; il a pour conséquence de faire varier dans de grandes proportions la quantité d'albumine quotidiennement ingérée, et les recherches de Finckler lui ont fait reconnaître que si la somme totale nécessaire, 1 gr. 73 × 7, est atteinte dans une semaine, dans un cas donné, il y aura tel jour où la quantité moyenne sera de beaucoup dépassée, tel autre où elle ne sera pas atteinte. Or, l'expérience démontre qu'en cas d'insuffisance, il y a toujours usure de la masse musculaire : l'organisme ne s'habitue pas à mettre à profit l'ingestion en excès pour parer à l'insuffisance du lendemain, Donc, l'apport d'albuminoïdes doit être régulier.

L'albumine des aliments n'est pas toujours assimilable dans les mêmes proportions : un tiers des albuminoïdes du pain, par exemple, se retrouve dans les selles : la proportion atteint la moitié pour les pois, haricots et congénères, et l'on ne saurait trop s'élever contre l'opinion courante, qui recommande cette alimentation comme permettant une alimentation albuminoïde à bon marché : le déchet est trop considérable pour qu'il y ait quelqu'avantage à s'adresser à ces aliments. Un inconvénient sérieux résulte, en outre, du fait que les albuminoïdes non digérés sont des facteurs puissants de troubles dyspeptiques.

D'un autre côté, les aliments contenant les albuminoïdes très assimilables sont de beaucoup les plus chers.

Il faut donc s'ingénier à trouver des ressources nouvelles en albuminoïdes assimilables et bon marché. Finckler, aidé de plusieurs collaborateurs, pense avoir résolu le problème en traitant, dans certaines conditions, le sang des animaux tués dans les abattoirs par l'eau oxygénée : on peut alors soumettre le mélange à l'ébullition sans que l'albumine soit détruite. La préparation obtenue a reçu le nom de *tropone* : elle contient, à l'état sec, 99 0/0 d'albumine inaltérable pour ainsi dire et presqu'entièrement assimilable.

Les expériences, faites d'abord sur des animaux, puis sur l'homme sain fournissant un travail musculaire quotidien considérable, démontrèrent que la tropone peut entièrement remplacer, dans l'alimentation, les albuminoïdes usuels, et cela sans aucun inconvénient. Cette constatation faite, on alimenta des malades et des convalescents par

la méthode nouvelle (pendant 6 mois consécutifs dans certains cas), toute autre alimentation albuminoïde étant exclue. Dans toutes les expériences, on nota une augmentation considérable du poids du corps. La tropone n'ayant aucun goût, peut être aisément incorporée à tous les mets et ne provoque jamais de lassitude ou de dégoût. On peut la mélanger au pain, l'introduire dans des conserves, dans des farines alimentaires, etc., car la substance est soluble dans l'eau. Le prix de revient est supérieur à celui de l'albumine végétale, mais cette différence est largement compensée par une assimilation beaucoup plus complète.

E. VOGT.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

ANGINE DE POITRINE

TRAITEMENT DE L'ACCÈS :

a) Suspendre la marche.

b) Inhaler du *nitrite d'amyle* à la dose de 4 à 6 gouttes sur un mouchoir (les malades sujets aux accès d'angine devront toujours, avoir sur eux des ampoules en verre renfermant la dose de nitrite d'amyle nécessaire pour une inhalation).

c) Trinitrine, action beaucoup moins fidèle et moins rapide : 3 à 6 gouttes dans un peu d'eau, ou bien en comprimés contenant cette dose, ou bien encore en injections sous cutanées :

Eau distillée.....	10 gr.
Solution alcoolique de trinitrine.....	XL goutte

Injecter une demi seringue.

Dans le cas d'état syncopal, injecter alternativement de *l'éther* et de la *caféine* ou de *l'huile camphrée* (au 10e), ou bien encore de la *spartéine*.

Pratiquer des *frictions excitantes* sur le, membres, appliquer le *marteau de Mayor* etc.

Exceptionnellement, au lieu de syncope on peut voir survenir l'œdème aigu du poumon; dans ce cas on pratiquera une *saignée* et l'on exercera des *tractions rythmées sur la langue*; les injections sous cutanées de morphine sont contre-indiquées dans ce cas.

Dans certains cas le symptôme douleur domine la scène morbide et doit faire songer à l'existence d'une névrite du plexus cardiaque, associée à la coronarite, cause immédiate habituelle des accès d'angine vraie. C'est alors que la *morphine* doit être employée; de même les autres analgésiques :

Antipyrine (1 à 3 gr. par la voie stomacale ou en lavements); *phénacétine* (1 gr. à 1 gr. 50); aconit (alcoolature, X à XV gouttes), *bromhydraté de quinine*, etc.

Sur le point douloureux, pulvérisations de *chlorure* de *méthyle*.

TRAITEMENT DANS L'INTERVALLE DES ACCÈS.

(*Hygiène*). Eviter les marches rapides contre le vent et immédiatement après les repas, tous les efforts, les émotions brusques.

Supprimer l'usage de l'équitation, de l'escrime, de la bicyclette, des bains froids, de la chasse.

S'abstenir de fumer et de priser; fuir la fumée du tabac.

Faire chaque jour du *massage* et une *friction au gant de crin* ou avec un *alcoolat*.

RÉGIME ALIMENTAIRE : Manger peu; s'abstenir de gibiers, charcuterie, mets épicés, hors-d'œuvre, salaisons, conserves alimentaires, homards et coquillages, fromages fermentés, thé, café, alcool.

S'alimenter surtout avec du lait, des œufs, des légumes verts ou secs en purée, des viandes fraîches et très cuites. Boire de l'eau aux repas.

Pendant 20 jours chaque mois, prendre 2 à 4 cuillerées à soupe par jour d'une solution d'*iodure de potassium*.

Iodure de potassium...	5 gr.
Eau distillée.....	300 gr.

Pendant les dix autres jours du mois, prendre 2 à 4 fois par jour une cuillerée à soupe d'une solution de trinitrine ;

Eau distillée.....	300 gr.
Solution alcoolique de Trinitrine au 100e..	LX gouttes

(Huchard)

La dose quotidienne de trinitrine doit varier de XII à XX gouttes.

Appliquer tous les huit jours une série de *pointes de feu* sur la région aortique.

Dans les cas où le myocarde faiblit, c'est-à-dire chez les angineux parvenus à la période cardiaque ou mitro-artérielle, on pourra associer la *digitale* à la trinitrine.

Eau distillée..... 300 gr.
Teinture de digitale.. 3 gr.
Solution alcoolique de trinitrine au 100e.. XXX gouttes

Prendre 2 à 6 cuillerées à soupe par jour.

TRAITEMENT DES FAUSSES ANGINES DE POITRINE (Cardialgies)

a. Traitement des accès.

Inhalation de *nitrite d'amyle*; *antipyrine bromure de potassium, pulvérisations d'éther ou de bromure d'éthyle* sur la région précordiale.

Faire prendre pendant l'accès X à XX gouttes de :

Liqueur d'Hoffmann.....
Teinture éthérée de valériane
« de digitale.....
« de belladone..... } aâ 4 gr.

b. Traitement de la cause.

Neurasthénie. *Hydrothérapie tiède.*

Changement de milieu. *Isolement, faradisation* de la région douloureuse, *pulvérisations de chlorure de méthyle.*

Hystérie. Même traitement.

Dyspepsie. Régime lacté ; hydrothérapie.

Tabagisme. Suppression de la cause, *trinitrine* (traiter comme l'angine coronarienne quand il y a des lésions de sclérose artérielle).

Les angines goutteuses, diabétiques, paludiques relèvent uniquement de l'artério-sclérose et nécessitent le même traitement.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Congrès international de médecine de 1900.— La section de thérapeutique du Congrès de 1900 a commencé à préparer son organisation. Le Comité provisoire est actuellement composé de MM. Landouzy, Pouchet, Planchon, Lépine, Huchard, Bucquoy, Albert Robin, Lereboullet, Hallopeau, Ferrand, P. Vigier, Petit, Adrian, Bardet, etc.

La présidence a été attribuée au Pr Landouzy. Trois sous-sections ont été créées et placées sous la direction de vice-présidents.

1° *Thérapeutique clinique.* — MM. BUCQUOY et LÉPINE. Secrétaire, M. GILBERT.

2° *Pharmacodynamie.* — M. POUCHET. Secrétaire : M. CHASSEVANT.

3° *Pharmacognosie.* M. PLANCHON. Sécrétaire M. BOURQUELOT.

Les questions proposées pour l'ordre du jour de chaque section seront arrêtées incessamment.

Association de la presse médicale française. — *Réunion du 6 mai 1898.* — Le 6 mai 1898 a eu lieu la quarantième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. DE RANSE. Vingt personnes y assistaient.

Election. — M. le Dr PICHEVIN, rédacteur en chef de la *Semaine Gynécologique*, a été nommé membre de l'Association.

Congrès international d'Hydrologie de Liège. — Sont nommés délégués de l'Association à ce Congrès qui aura lieu fin septembre 1898 : MM. Bérillon, Blondel, Cabanès, Doléris et Gouguenheim.

Club médical de Paris. — Sur une proposition faite par M. Doléris, relativement à la création d'un club médical à Paris pour l'année 1900, on a nommé une commission chargée d'élaborer un programme et étudier cette question. La commission est composée de MM. Doléris, Chervin et Marcel Baudoin.

Exposition de 1900.— Des démarches seront faites par le Bureau auprès de M. le Commissaire général de l'Exposition de 1900 dans le but d'obtenir un local spécial pour les membres de l'Association dans le Pavillon de la Presse.

Victime du devoir professionnel. — Il y a quelques jours, un jeune médecin, le Dr André Davaine, âgé de vingt-neuf ans, demeurant rue Delambre, était appelé auprès d'un enfant de cinq ans, Henri C..., atteint du croup.

Le petit malade allait succomber étouffé,

lorsque le médecin se dévoua et fit, bouche à bouche, des insufflations dans la gorge de l'enfant.

Quelques heures après son acte de dévouement si simplement accompli, le docteur Davaine fut pris d'étouffements et une diphtérie suraiguë se déclara, malgré tous les soins qui lui furent prodigués, notre héroïque et imprudent confrère est mort mercredi, victime de son devoir.

Affaire Vacher. *Le dépôt du rapport médical.* — Les docteurs Lacassagne, Rebatel et Pierret, commis par le parquet de Lyon à l'examen mental du trop fameux Vacher, viennent de déposer entre les mains de M. Moras, procureur général, leur volumineux rapport qui ne comporte pas moins de 150 pages.

Afin d'accélérer les conclusions de leur laborieuse enquête, les médecins aliénistes s'étaient partagé la tâche.

Le Dr Pierret, médecin en chef de l'asile départemental de Bron, s'était chargé de la partie de la vie de Vacher antérieure à ses crimes multiples, depuis son enfance jusqu'à son passage au régiment.

Après un examen approfondi et consciencieux, que le rapporteur a fait porter sur les circonstances les plus caractéristiques de cette portion de l'existence du sinistre personnage : tares héréditaires, séjours dans les fermes ou maisons religieuses, service militaire et enfin internement de Vacher dans un asile d'aliénés après sa tentative d'assassinat sur sa fiancée suivie de son suicide manqué, le Dr Pierret a conclu à la responsabilité limitée.

Au Dr Lacassagne, qui s'est déclaré pour la responsabilité absolue pleine et entière, était échu l'examen de la période criminelle. Le docteur Lacassagne appuie ses conclusions sur les précautions que n'a cessé de prendre Vacher après chacun de ses crimes afin de dépister la police, précautions qui caractérisent un criminel de profession. C'était la partie de l'enquête la plus considérable et la plus délicate. Pour y arriver, le Dr Lacassagne a dû dépouiller près de 200 dossiers.

Le Dr Rebatet, qui s'est occupé de Vacher depuis son incarcération à la prison de Saint-Paul, estime que Vacher qui est un simulateur habile et un gredin intelligent, est absolument responsable de ses actes criminels, mais cependant dans une mesure un peu atténuée. Ainsi qu'on le voit, deux experts sur trois concluaient, pour la part d'examen qui leur avait été confiée, à la responsabilité.

Les trois experts réunis ont longuement discuté ces trois rapports, et en présence du rapport si complet de M. le Dr Pierret relevant des tares certaines et indéniables, ils ont conclu à une *responsabilité limitée*.

BIBLIOGRAPHIE

Code pratique des honoraires médicaux. *Ouvrage indispensable aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants, etc.*, par le Dr Ch. Floquet, licencié en droit, médecin en chef du Palais de Justice et du Tribunal de commerce, membre de la société de médecine légale de France, *avec une préface* de M. Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, 2 vol., petit in-8° 10 fr.

Cet ouvrage est l'exposé fidèle des difficultés auxquelles se heurte le praticien lorsqu'il se trouve en présence de clients ou de sociétés qui refusent de reconnaître le prix d'un service rendu. Il ne suffit pas d'avoir le bon droit pour soi, il faut savoir encore le faire valoir. Or, les formalités, les règles de la procédure à suivre, font souvent échouer le médecin, qui les ignore, dans ses revendications les plus légitimes. Mieux que personne le Dr Floquet, familier avec les études de droit et avec la pratique médicale, pouvait indiquer ces écueils, les faire éviter à ses confrères. Signalons entre autres les chapitres où sont traitées les questions relatives à la prescription des honoraires, au privilège des médecins dans la dernière maladie, au recours contre les héritiers, les tuteurs, les époux séparés ou divorcés, etc. Toujours M. Floquet appuie ses conseils de textes empruntés aux décisions des cours et tribunaux, aux commentaires des juristes qui font autorité. Les matières sont classées dans un ordre qui permettra facilement au médecin peu familier avec ces questions de trouver les exemples propres à lui servir de guide. La parfaite coordination de matériaux si complexes est certainement une des qualités dominantes de cette œuvre, essentiellement nouvelle et pratique, qui doit tout à la fois intéresser le corps médical et le monde judiciaire.

Nouvelle Imprimerie, 3 rue Bourdaloue. — Paris. *Le Propriétaire-Gérant*, R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'Association générale des Médecins de France a tenu sa 39e Assemblée générale au cours de laquelle se sont discutées les questions suivantes :

Service militaire des médecins étrangers. — La Société de la Sarthe a émis le vœu que les médecins étrangers naturalisés soient astreints au service militaire.

Exclusion des médecins étrangers des fonctions rétribuées par les budgets. — La Société de Melun, Fontainebleau et Provins a émis le vœu que les médecins étrangers ne puissent émarger aux budgets départementaux et communaux.

De l'incompatibilité de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. — La Société du Nord a émis le vœu que l'exercice simultané de la profession de médecin et de pharmacien soit prohibé.

Le service militaire des étudiants en médecine. — La Société du Vaucluse demande que les étudiants en médecine ne soient à l'avenir appelés sous les drapeaux que leurs études médicales terminées.

Mesures aptes à sauvegarder la dignité médicale. — La Société de la Gironde demande que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens, ou qui aura subi une condamnation infamante, ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales.

De l'ordre des médecins. — Après une large discussion l'assemblée, reconnaissant que la solution de cette affaire intéresse gravement l'avenir de la médecine en France, a décidé que cette question devait être maintenue à l'ordre du jour et, d'autre part, que le projet élaboré par la commission et les conseils judiciaires de l'Association de la Gironde devait être soumis à l'étude du conseil général et de toutes les Sociétés de France.

Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français. — *La caisse des Pensions de Retraite du corps médical français* a tenu les 16 et 17 avril derniers sa session annuelle sous la présidence de M. le Dr Lande, président.

Du rapport du trésorier, M. le Dr Verdalle, il résulte que l'avoir total au 17 avril était de 730.290 fr. 04. Le portefeuille, placé en valeurs françaises garanties par l'Etat, a une valeur de 706.899 fr. 10. Toutes ces valeurs sont nominatives, inscrites au nom de la Caisse de Retraite. La Caisse sert en 1898 vingt-trois retraites pour la somme de 16.243 fr. 90, entre autres 8 retraites de 1.200 fr. et 7 de 600 fr. Le capital inaliénable était au 31 décembre 1897 de 525.246 fr. 87. La Caisse de réserve de 157.867 fr. 63 ; et la Caisse auxiliaire ou de secours, de 4.989 fr. 14.

Assistaient à la séance du Comité Directeur et du Comité de Censure : MM. Lalande (de Bordeaux), président ; Cézilly, vice-président ; Delefosse, secrétaire général ; Mauraz (de Chantilly), secrétaire ; Verdalle, de Bordeaux, trésorier ; et MM. les Censeurs et Assesseurs : Jeanne (de Meulan) ; Gassot (de Chevilly) ; St-Philippe (de Bordeaux) ; Bardy (de Belfort) ; Hiblot (de Châteaudun) ; Porson (de Nantes). Excusé : M. de Ranse (Paris).

Les chiffres et la Guerre. — La *Revue encyclopédique* a analysé un livre fort intéressant que le capitaine breveté d'état-major autrichien, Otto Bernat, a publié à Vienne sous ce titre, et qui renfermede curieuses statistiques et d'importantes remarques. Dès le début l'auteur nous présente le tableau comparatif suivant des années de guerre et des années de paix des différents Etats d'Europe au cours de ce siècle.

	Années de paix.	Années de guerre.
Allemagne	13	83
Autriche-Hongrie	17	79
Angleterre	21	75
Italie	23	73
Russie	24	72
France	27	69
Turquie	37	59

M. Bernat constate entre autres que ce ne sont pas toujours les armées les plus fortes par le nombre qui ont été victorieuses.

Un rapide coup d'œil jeté sur les batailles livrées depuis Molwitz et Rosbach nous le démontre surabondamment. Sur 73 batailles rangées livrées depuis cette époque, 33 ont été gagnées par le combattant numériquement le plus faible. Dans les combats sur la mer, il en a été de même. Toutes les grandes batailles navales ont été gagnées par une flotte inférieure en nombre à la flotte rivale. A Trafalgar, Nelson lutta avec 27 navires contre 33; à Navarin, les alliés remportèrent la victoire avec 26 navires contre 82 de la flotte turco-égyptienne. A Lissa, si Tegetthoff est vainqueur des Italiens avec 27 navires contre 24, c'est encore une preuve à l'appui de la thèse défendue par l'auteur, car les vaisseaux italiens étaient de beaucoup moins supérieurs en armement à ceux de Tegetthoff.

Le chiffre comparatif des pertes au cours des dernières guerres n'est pas moins instructif. Durant la guerre de Crimée, où les forces alliées atteignaient 428,000 hommes, on compta 362,000 malades, dont 69,200 moururent; 6,200 périrent des suites de blessures. Mais c'est la guerre de 1870 qui a coûté le plus grand nombre d'hommes. Sur les 200,000 Allemands qui entouraient Metz, 130,000 encombrèrent les ambulances, et sur le chiffre total de 295,000 malades soignés dans les hôpitaux allemands 88,000 seulement s'y trouvaient pour blessures. Le chiffre total des malades ou blessés allemands, y compris nos propres soldats prisonniers de guerre, soignés sur le territoire allemand, atteignit pendant la durée de la guerre 812,000 hommes.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TOXINES ET LES ANTITOXINES

Leçon professée à la Faculté de Médecine
Par M. A. CHASSEVANT
Professeur agrégé

(Conférence de chimie biologique).

Messieurs,

Il est actuellement démontré que les animaux, les plantes, les micro-organismes sécrètent des albuminoïdes toxiques. Ces albuminoïdes toxiques appartiennent aux différentes classes de matières protéiques : on connaît des toxalbumines, des toxoglobulines, des toxalbumoses, des peptones et des zymasestoxiques.

D'après la définition de M. le professeur A. Gautier, on doit comprendre sous le terme générique de toxiques cet ensemble de substances organiques complexes dans leur composition, à caractère chimique mal déterminé qui agissent le plus souvent sur l'économie après quelque temps d'incubation, et sont aptes à provoquer des modifications profondes de la santé et de la nutrition.

Nous devons remarquer, dès maintenant, que contrairement à ce qu'on observe pour les poisons chimiques, lesquels agissent immédiatement, une certaine incubation est nécessaire pour que l'effet des toxines se manifeste. Ce fait, nous le verrons tout à l'heure, va nous permettre de comparer les toxines aux ferments solubles et de les en rapprocher.

Le chauffage diminue en général la toxicité de ces albuminoïdes toxiques, leurs propriétés nocives sont détruites en général lorsqu'on les chauffe à 60 ou 100°. Certaines toxines résistent cependant à la chaleur.

Le mode d'introduction des toxines dans l'économie n'est pas indifférent sur leur activité. Ces substances sont presque toujours peu toxiques lorsqu'on les digère par voie stomacale ; injectées indirectement dans le sang, elles présentent au contraire leur maximum de toxicité.

Historique. — C'est en 1843 que l'on trouve dans la science la première mention d'un albuminoïde vénéneux. Lucien Bonaparte, en étudiant le venin de vipère, en avait isolé une substance toxique, l'*echidnine*, et en avait reconnu la nature protéique. Weir Mitchell, Reichardt confirment les recherches de Bonaparte et, les complètent en retirant plusieurs substances protéiques toxiques de venin de serpent à sonnette. Ces auteurs ont démontré de 1860 à 1883, que les agents toxiques du venin de crotale étaient trois matières albuminoïdes, une peptone, une globuline et une albumine.

Norris Wolffenden, en 1880, sépare une globuline toxique du venin de vipère.

La sécrétion de toxines albuminoïdes n'est pas particulière à l'organisme animal ; certaines plantes toxiques doivent leur activité à des albuminoïdes ; c'est ainsi que Warden

et Waddel ont isolé du jequirity, l'abrine. véritable toxine végétale qu'Ehrlich reconnut être de nature albuminoïde, que la coque dn fruit de ricin doit sa toxicité à un albuminoïde toxique : la *ricine*. Les champignons, les microbes sécrètent aussi des toxines albuminoïdes.

Il est actuellement admis et démontré que les microbes infectieux agissent sur l'organisme par les produits toxiques qu'ils s crètent; véritables poisons chimiques analogues aux venins et aux matières extractives de nos excrétions. Cette théorie si féconde, dont nous voyons aujourd'hui les résultats en thérapeutique est toute récente. C'est en 1878 que pour la première fois Toussaint a considéré l'activité spécifique de la bactéride charbonneuse comme causée par une matière toxique sécrétée par ce microbe. En 1879, Chauaveu émet la même hypothèse. Il était réservé à Pasteur d'en donner la première démonstration expérimentale. Ce grand savant démontré en 1880 que la culture filtrée du choléra des poules détermine chez les animaux auxquels on l'injecte les mêmes phénomènes de somnolence que ceux observés chez les animaux inoculés par le même virus.

Ce grand esprit critique ne voulut pas échafauder une théorie sur un seul ordre de faits. Aussi est-ce timidement qu'il formule ses conclusions et après avoir montré que le produit soluble sécrété détermine la même somnolence que le bacille lui-même, il fait constater que ce symptôme n'est pas le plus essentiel des phénomènes de l'infection. C'est en 1887 que Charrin donne la première démonstration expérimentale, et montre que les cultures stérilisées du bacille pyocyanique reproduisent chez l'animal tous les troubles, observés après inocualtion d'un virus riche en bacilles vivants.

Bouchard montre vers la même époque que l'urine des animaux atteints de la maladie pyocyanique détermine les mêmes accidents toxiques lorsqu'on l'injecte à d'autres animaux sains.

Cet ensemble de faits établit donc sur des bases certaines que les microbes infectieux agissent sur l'organisme par les produits solubles toxiques qu'ils sécrètent.

En 1888, Chantemesse et Widal démontrent la vérité de cette théorie pour le virus de la fièvre thyphoïde ; à la même époque, Brieger et Fraenkel isolent la toxine du tétanos ; Roux et Yersin celle de la diphtérie; en 1890, Sydney Martin isole celle du charbon; en 1891, Koch, Brieger et Proskauer isolent la toxine de la tuberculose.

De l'ensemble des faits actuellement connus, nous devons considérer les toxines comme des dérivés albuminoïdes résultant de l'activité cellulaire. Ils représentent un stade intermédiaire, précédant l'apparition des dérivés cristallisables toxiques : leucomaïnes, ptomaïnes.

Cette conception nous permet d'expliquer l'apparition des toxines sécrétées par les animaux, les plantes, les micro-organismes.

Nous diviserons les toxines d'après leur origine en :

Toxalbuminoïdes	animaux.
Toxalbuminoïdes	végétaux.
Toxalbuminoïdes	microbiens.

Nous retrouvons dans les divers organes, tissus, liquides examinés, à côté des toxines un ensemble de produits complexes dont il convient de les séparer et de les différencier. Il importe surtout de séparer les toxines des alcaloïdes, ptomaïnes et leucomaïnes.

M. le professeur A. Gautier propose de préparer des toxines en employant le procédé suivant :

Le liquide à examiner est filtré, acidifié par l'acide lactique et évaporé dans le vide à une température inférieure à 40°.

Le résidu est traité par l'alcool à 75° tant qu'il précipite.

On a une dissolution A qui contient :

les alcaloïdes
les peptones vraies
les sels à acides organiques.

Un résidu insoluble B qui comprend :

les albuminoïdes
les bases xanthiques
les sels inorganiques.

La solution A est additionnée d'alcool, absolu tant qu'elle se trouble.

Les peptones sont précipitées.

Les peptones redissoutes dans l'eau sont soumises à la dialyse.

Le pricipité B redissous dans l'eau est additionné de sulfate d'ammoniaque en excès. Il se précipite des flocons albuminoïdes.

Les albuminoïdes séparés et lavés avec une solution saturée de sulfate d'ammoniaque sont redissous dans l'eau. On précipite les *globulines* et les *albumoses* par le sulfate de magnésie, les *albumines* restent en solution.

En traitant les mélanges d'albumose et de globuline par l'alcool à 55°, on redissout les *albumoses* seulement, ce qui les sépare des globulines.

On essaye sur les animaux l'action toxique de ces diverses substances, on arrive ainsi à déterminer la nature de la toxine.

On devrait employer cette méthode, ou tout autre analogue lorsqu'on cherche à isoler une toxine ; malheureusement la plupart des recherches faites jusqu'à ce jour, ont été faites sans méthodes communes et ne permettent pas le plus souvent de déterminer la nature de la substance toxique, dont on ne connaît guère que l'action toxicologique.

Si l'on se propose de caractériser une toxine et la différencier d'un alcaloïde, on peut employer avec avantage le réactif suivant :

Alcool absolu	100 gr.
Acide tartrique	5 gr.

Ce réactif coagule les matières protéiques et dissout les alcaloïdes, ptomaïnes et leucomaïnes.

Puisque nous considérons les toxines comme étant le résultat d'une sécrétion cellulaire, nous devons les retrouver dans les tissus et liquides des animaux aussi bien que dans les végétaux et que dans les produits de sécrétion des microbes.

Nous connaissons, en effet, un certain nombre de toxines animales : la pepsine, la présure sécrétée dans l'estomac ; la trypsine, l'amylase sécrétée par le pancréas ; l'invertine sécrétée par l'intestin ; les produits de la digestion pepsique des albuminoïdes sont toxiques lorsqu'on les introduit directement dans le sang.

Hildebrandt a constaté que 0 gr. 1 de pepsine tue un lapin en deux jours. Brieger a découvert une toxine des produits de la digestion gastrique : la peptotoxine.

M. Pouchet a démontré que nous éliminons constamment par les urines outre les ptomaïnes et les leucomaïnes, une certaine quantité de matières non dialysables, incristallisables, très toxiques, substances précipitables par l'alcool, solubles dans la glycérine. Ce sont de véritables toxines urinaires, qui possèdent en général une action hypothermisante.

Nos tissus, nos organes, nos glandes sécrètent aussi des produits diastasiques, non-dialysables, très toxiques, Roger a retiré du muscle une toxine pyrétogène, Lépine en a

retiré une autre des reins, Roger en a trouvé une dans le foie. Ces toxines élèvent la température des animaux soumis à leur action.

Le sang contient une toxine convulsivante précipitable par l'alcool à 60°; Roux et Chamberlan ont retiré de la rate une substance pyrétogène ; on a retiré du corps thyroïde des principes actifs qui, à dose élevée, déterminent des accidents cardiaques.

Nous devons signaler, à côté de ces toxines qui, chez les animaux non venimeux, sont peu abondantes et peu actives ; les venins, les chairs et le sang venimeux contiennent des toxines très actives.

Je vous ai déjà dit que le premier albuminoïde toxique connu par ordre chronologique a été extrait de venin de vipère par Lucien Bonaparte en 1843. Cette toxine, l'*échidnine* est soluble dans l'eau, incristallisable, neutre au papier de tournesol, inoxydable par la chaleur, elle donne la réaction de biuret.

Weir Mitchell et Richardt ont montré en 1883 que le venin du crotale doit ses propriétés toxiques à plusieurs albuminoïdes. Ils ont notamment isolé trois principes toxiques : une globuline, une peptone, une albumine.

La globuline agit sur les centres respiratoires et détruit la coagulabilité du sang.

Wall a montré la complexité de la composition du venin de *daboïa* ; à 100° ce venin perd son pouvoir convulsivant mais non pas sa toxicité : Norris Wolfenden, en 1886, a vu que les venins contenaient en général une globuline, une sero-albumine et une acidalbumine toxiques.

La sero-albumine détermine une paralysie ascendante médullaire, la globuline une paralysie des centres respiratoires, l'acidalbumine agit comme la globuline, mais est moins toxique.

Phisalix et Bertrand ont distingué dans le venin de vipère : l'*échidnase*, l'*échidnotoxine*, l'*échidnovaccin*. L'échidnase détermine l'œdème hémorragique et est détruit par la chaleur à 90° ; l'échidnotoxine provoque des troubles nerveux vasomoteurs ; l'échidnovaccin immunise l'organisme contre l'envenimation.

Nous reviendrons tout-à-l'heure sur cette vaccination.

Nous le voyons, à chaque venin semble correspondre une ou plusieurs toxines ayant chacune son action et des propriétés particulières.

Ces substances possèdent cependant un certain nombre de propriétés communes.

Ces venins n'agissent pas en général lorsqu'ils sont ingérés dans le tube digestif à condition que les muqueuses soient intactes.

Lorsqu'on les conserve à l'état humide ils s'altèrent, comme les diastases.

Les venins chauffés perdent souvent leur toxicité. Le venin de vipère chauffé à 95. n'occasione plus d'œdème, celui du crotale perd son activité à 80° ; celui du cobra chauffé à 88° pendant 20 minutes devient inoffensif ; celui de pseudechis se détruit à 100°°

De même que les diastases, les venins desséchés résistent mieux à la chaleur que lorsqu'ils sont liquides.

Pour que l'envenimation se produise il faut une certaine incubation qui est aussi nécessaire pour permettre à l'activité des ferments solubles de se manifester.

L'activité des venins n'est pas due exclusivement à la présence des toxines, on a signalé à côté de ces substances des leucomaïnes. Les venins des batraciens et des sauriens semblent ne devoir leur toxicité qu'aux leucomaïnes qu'ils contiennent. Nous savons peu de chose sur la composition du venin des poissons ; ils semblent être plus dangereux pour les animaux à sang froid que pour les mammifères.

Les venins des araignées et des scorpions semblent doués des mêmes propriétés que ceux des serpents.

Les ascarides semblent sécréter des toxines qui déterminent des accidents convulsifs et typhiques.

Le liquide citrin du corps des ascarides de cheval a occasionné la mort de cobayes injèctés en deux à trois heures.

Outre les animaux, porteurs de glandes particulières, qui sécrètent le venin, beaucoup d'entre eux ont le sang venimeux. Mosso a démontré que le sérum de la murène et celui de l'anguille contiennent un albuminoïde toxique : l'*ichtyotoxine*. 0,3 de sang d'anguille tua un cobaye en trois minutes. 0,5, tua un chien en cinq minutes.

L'ichtyotoxine ne dialyse pas, est soluble dans l'eau, précipite par l'alcool. Nous ne savons pas actuellement s'il y a identité entre l'ichtyotoxine du sang de murène et l'ichtyotoxine de sang d'anguille. Les acides, les alcalins détruisent le pouvoir toxique de ces substances. La chaleur les coagule à 78° et détruit ieur toxcité, la digestion agit de même.

Le sang de couleuvre, celui de tous les ophidiens, même des ophidiens non venimeux, est toxique. Le pouvoir venimeux semble être le même quel que soit l'animal qui a fourni le sang. Cette toxicité de sang rappelle l'action du venin. La salamandre, le crapaud ont également un sang toxique. Toutes les toxines du sang, quelle que soit leur origine. présentent les propriétés des albuminoïdes, et sont précipitables par l'alcool.

Un certain nombre de poissons ont une chair vénéneuse ; mais nous ne savons encore actuellement rien de précis sur la nature des poisons qui sont la cause de cette toxicité.

Tout ce que nous savons, c'est que cette toxicité peut varier suivant l'époque de pêche. Ainsi le *fugu*, poisson des mers du Japon est très vénéneux au moment du frai, et devient comestible aux autres époques de l'année.

(*A suivre*).

RÈGLES DU CATHÉTÉRISME (1)

Par le Dr Edg. Chevalier

Chirurgien des Hôpitaux.

(Suite et Fin)

Article III. — CATHÉTÉRISME ÉVACUATEUR.

§ 1er. — Instruments.

1. **Instruments flexibles** : ce sont les sondes en caoutchouc et les sondes en gomme et soie.

Les sondes en caoutchouc rouge (sondes Nélaton) sont flexibles et résistantes. Mais en vieillissant le caoutchouc durcit, devient très friable et cassant ; l'huile qui sert au graissage le fait aussi gonfler à la longue. Le grand inconvénient des sondes en caoutchouc est qu'elles n'ont qu'un œil et un calibre intérieur petit, mais leur grand avantage est leur souplesse absolue qui garantit presque leur innocuité.

Les sondes en soie et gommes sont droites, coudées ou courbées : les sondes droites sont coniques avec petite olive terminale, ou cylindrique, ou à bout coupé.

Les sondes coudées sont la sonde béquille et la sonde bicoudée : avec un mandrin on

---

(1) Extrait de la *Chirurgie des Voies urinaires*, par le Dr Edg. Chevalier (J.-B. Baillière, éditeur, 1 vol. in-18, actuellement sous presse.

peut encore les transformer : les sondes courbées non métalliques ne sont pas d'un usage avantageux, elles ne tiennent pas la courbure.

2. **Instruments rigides** : Ce sont les sondes de verre des accoucheurs, faciles à stériliser et surtout les sondes métalliques, en argent le plus souvent :

Celles-ci sont droites (usage rare), coudées et courbées.

Dans les sondes courbées métalliques la sonde de Gély et les sondes de Beniqué sont les plus employées.

Les sondes bicoudées sont généralement une combinaison des sondes flexibles et des sondes rigides, un mandrin coudé est enfoncé dans une sonde béquille et s'arrête à quelques centimètres de la première coudure : la sonde est donc bicoudée.

§ 2. — Choix de l'instrument.

Examinez d'abord le canal avec l'explorateur olivaire, pour savoir quelle variété de sonde vous allez employer.

Prenons pour types les *prostatiques*, qui offrent les plus fréquents des cas de rétention.

a) Si le canal est parfaitement libre, vous pourrez prendre n'importe quelle sonde souple.

b) Si l'urètre prostatique est modifié, bien que perméable, la sonde de gomme droite ou béquille est préférable à la sonde en caoutchouc.

c) Si l'urètre prostatique est dévié par un obstacle que peut franchir l'explorateur à boule, ne prenez pas la sonde droite en gomme, prenez la sonde en caoutchouc ou mieux la sonde béquille à bec assez allongé et à faible coudure.

d) Si l'obstacle de l'urètre prostatique est infranchissable à la boule exploratrice, la sonde en caoutchouc peut passer quelquefois, mais la sonde béquille est préférable. Il faut cependant ces sondes béquilles à coudure forte et à bec court.

e) Si le canal tout entier est résistant, sans obstacle proprement dit, il faut rejeter la sonde en caoutchouc (cela arrive fréquemment après un certain nombre de cathétérismes), et il faut prendre l'instrument en gomme, cylindrique, olivaire, ou béquille à faible coudure.

f) Quelquefois vous aurez besoin des sondes bicoudées, des sondes sur mandrin courbe, ou des sondes de Gely. Pour les sondes béquilles, le professeur Guyon les a fait établir sur quatre types principaux comme courbure.

Chez les *rétrécis* ou tous ceux qui ont des obstacles dus au cul-de-sac du bulbe, vous prendrez les bougies filiformes, ou les sondes droites, quelquefois aussi de petites sondes béquilles.

§ 3. — Emploi des instruments.

Comment ferez-vous le cathétérisme :

A. **Instruments souples.** — 1.) *Sondes droites* : Tendez convenablement la verge avec la main gauche, en la ramenant vers la verticale légèrement inclinée sur le ventre, avec la main droite poussez doucement l'instrument, ramenez-le en arrière s'il appuie ; à la portion membraneuse, attendez, un petit instant, que celle-ci vous laisse passer; après quoi le cathétérisme se finit tout seul.

Sonde en caoutchouc : Tenez-la à un ou deux centimètres du méat ; faites-la avancer en continuant toujours la propulsion.

Sondes en gomme cylindriques et coniques. — Vous pouvez les tenir de plus loin : leur introduction n'a rien de spécial.

Sondes béquilles : Prenez soin de garder toujours le bec de la sonde au contact de la paroi supérieure : pour être sûr qu'il n'a pas tourné, ayez toujours la précaution de diriger les inscriptions dorées, que les fabricants placent sur les sondes, du côté de l'abdomen du malade, vous êtes sûr que le bec, qui est orienté de la même façon, sera toujours vers la paroi supérieure de l'urètre : au cul-de sac du bulbe, vous pouvez être arrêté ; attendez, au besoin inclinez-vous légèrement à droite ou à gauche, ou reculez, surveillez le repère formé par les inscriptions dorées du fabricant, pour vous replacer en bonne position, et reprenez l'introduction en évitant que la sonde ne tourne.

Dans la portion prostatique la sonde passe en contournant les obstacles, veillez toujours à ce que le bec soit orienté sur le haut.

B. **Instruments métalliques.** — Le malade est couché, le siège relevé ou non sur un coussin : *placez-vous à gauche* du malade (sauf si vous avez une grande habitude du cathétérisme).

Pour le cathétérisme curviligne, prenez la verge de la main gauche, inclinez-là vers l'aine gauche ; de la main droite tenez le cathéter comme une plume à écrire, introduisez-le dans le méat, poussez-le doucement dans la partie pénienne ; pendant ce temps ramenez doucement verge et instrument vers l'abdomen, vous êtes parallèle à la ligne médiane dès que le bec de l'instrument est dans la portion périnéale : le bec de la sonde se rapproche de la portion membraneuse, à ce moment la verge est tendue au maximum, presque couchée sur l'abdomen ; l'instrument s'arrête a l'entrée de la portion membraneuse, vous avez fait les premier et deuxième temps.

Vous sentez que l'instrument commence à pénètrer dans la portion membraneuse, et qu'il ne progressera plus qu'après que vous aurez modifié la manœuvre, faites le troisième temps, l'abaissement : les deux mains marchent ensemble, puis la gauche abandonne la verge, se place au-devant du périnée, pour presser, s'il le faut, sur le périnée et la sonde pour aider l'introduction quand le canal est serré : l'abaissement s'active, l'instrument progresse, vous avez fini le troisième temps, le quatrième temps se confond avec le précédent quand il n'y a pas d'obstacle prostatique.

Quand à la manœuvre dite du *tour de maître*, où la sonde, présentée d'abord la concavité en bas, jusqu'au cul-de-sac du bulbe, puis ramenée en haut et abaissée, pénètre dans la vessie, elle est abandonnée à bon droit. Il vaut mieux se borner au *tour de maitre du bulbe* (Guyon), tel que nous l'avons exposé au cathétérisme explorateur métallique.

Si vous avez un obstacle prostatique, placez l'index gauche dans le rectum, soutenez, par ce doigt rectal, la sonde, de telle manière que son bec reste au contact de la paroi supérieure. Faites progresser simultanément la sonde et l'index gauche et vous verrez l'instrument franchir les obstacles et entrer dans la vessie. Dégagez un peu de la main droite si l'instrument accroche.

Pour retirer la sonde, attirez-la d'abord vers le col, renversez-la en l'amenant dans la direction du pli de l'aine, elle sort d'elle-même.

Instruments souples munis de mandrin. — Les mandrins doivent faire corps avec la sonde, ils ont un ajutage mobile qui permet de fixer la sonde et d'éviter le dégagement du bec à travers les yeux de la sonde. Prenez un mandrin de courbure moyenne (celle des sondes Beniqué), enfoncez-le seulement jusqu'au-delà du premier œil de la sonde, pour laisser la courbure de la béquille : vous pouvez aussi, avec le mandrin coudé placé de la même manière, faire une sonde bicoudée.

Vous sondez, comme plus haut, jusqu'au troisième temps inclus; lorsque vous avez franchi la portion membraneuse et abaissé l'instrument, vous commencez et faites la *manœuvre du mandrin* : maintenez bien la sonde sur la ligne médiane, saisissez-en l'extrémité de la main gauche, saisissez la plaque du mandrin de la main droite : tirez doucement sur le mandrin avec la main droite, poussez légèrement la sonde de la main gauche, vous tâtez le terrain, vous sentez que l'instrument avance; alors tirez le mandrin avec plus de force et de rapidité, pendant que la main gauche achève de pousser la sonde dans la vessie. — Vous sentez la sonde libre complètement, l'urine coule.

Si vous avez échoué, recommencez tout le cathétérisme, veillez à bien placer votre mandrin, et dès le troisième temps accompli, faites la manœuvre du mandrin assez à temps, n'attendez pas que tout l'instrument soit trop avancé dans l'urètre prostatique.

Cathétérisme sur conducteur. — Nous reviendrons à propos de l'urétrotomie interne, où ce cathétérisme trouve ses indications, sur le cathétérisme sur conducteur avec sonde à bout coupé.

Le cathétérisme à la suite est surtout le cathétérisme sur Béniqué conduit, nous y reviendrons à propos de la dilatation.

Cathétérisme dans les cas de fausses routes. — C'est sur la paroi inférieure du cul-de-sac du bulbe et de la portion prostatique que siègent le plus souvent les fausses routes; la paroi supérieure sera donc celle que vous choisirez pour éviter les fausses routes.

Il faut prendre la sonde en caoutchouc rouge, ou mieux la sonde béquille, quand le canal exploré aura laissé passer l'explorateur à boule : si la boule n'a pas passé la béquille conduite sur le mandrin coudé ou courbé, dont l'emploi a été indiqué plus haut sera seule à mettre en œuvre : elle pourra être laissée à demeure.

Quelquefois aussi vous ferez le cathétérisme à la suite. Enfin dans quelques cas il faudra faire une ou plusieurs ponctions sus-pubiennes, et si le canal reposé ne permet pas encore le cathétérisme, vous ferez la cystostomie sus-pubienne.

Cathétérisme avec une sonde métallique droite. — Le malade et le chirurgien sont comme dans le cathétérisme explorateur à l'aide des instruments métalliques; vous conduisez l'instrument jusqu'au cul-de-sac du bulbe, pour engager dans la portion membraneuse vous abaissez la sonde, en tenant la verge tendue le long de la sonde; vous faites aussi la manœuvre prépubienne, pour le troisième et quatrième temps vous abaissez encore plus le pavillon de la sonde, à l'horizontale et un peu au-dessous, elle passe alors dans la vessie.

Article IV. — LA SONDE A DEMEURE

Les sondes dont vous vous servirez sont les sondes béquilles en gomme, les sondes cylindriques, les sondes à bout coupé à deux yeux, et les sondes de Pezzer.

Prenez des sondes béquilles souples, à parois minces et lisses, à yeux largement ouverts et à grand calibre intérieur — l'œil de la tige sera immédiatement avant la coudure.

Les sondes de Pezzer sont en caoutchouc vulcanisé, à parois minces : elles tiennent d'elles-mêmes, retenues au col de la vessie par leur disque de caoutchouc; elles sont : à extrémité vésicale ouverte s'introduisant alors dans la taille hypogastrique, par cathétérisme rétrograde, ou à extrémité vésicale fermée; ouverte ou fermée, elles ont été modifiées par Guyon qui les a fait renforcer pour éviter leur aplatissement. Pour introduire les sondes de Pezzer à extrémité vésicale fermée, il faut se servir d'un mandrin.

Le meilleur est celui de Pezzer, qui représente un mandrin ordinaire, dont l'extrémité, du côté de la courbure, est rugueuse et l'extrémité, du côté du manche, est renflée. Vous

introduisez le mandrin dans la sonde, l'extrémité appuyant sur le centre du chapeau qui ferme l'extrémité vésicale de la sonde ; vous tirez le tube sur le mandrin pour effacer la saillie du chapeau, vous placez les yeux de la sonde latéralement et vous rentrez le pli qui se forme à leur niveau ; vous fixez ensuite la sonde en repliant toute sa partie qui sépare la portion renflée de la tige, et avec un petit anneau de caoutchouc (que vous pouvez faire en coupant l'extrémité libre de la sonde) vous maintenez le pli fait ; la sonde est prête pour le cathétérisme, que vous pratiquez comme nous l'avons dit antérieurement ; vous enlevez ensuite l'anneau de caoutchouc, la sonde reprend sa forme et ses dimensions normales et le renflement intra-vésical se reconstitue ; vous retirez le mandrin, sans tirer sur la sonde, puis vous attirez doucement la sonde jusqu'à ce que vous sentiez une résistance douce, lorsque le chapeau appuie sur le col vésical.

Chez la femme, le mandrin est remplacé par une sonde cannelée ou un cathéter utérin : l'introduction est des plus simples.

Pour les sondes à bout coupé, voyez le chapitre *Urétrotomie interne* où sera fait le cathétérisme sur conducteur.

Le calibre des sondes en gomme sera du 18 au 22.

Avant de fixer la sonde, assurez-vous qu'elle est *bien placée* et qu'elle est *au goutte à goutte* (Guyon). Pour cela, vers la fin de l'évacuation de la vessie, attirez la sonde vers le col, notez le niveau où cesse l'écoulement, rentrez la sonde pour voir à quel point l'écoulement reparaît, répétez plusieurs fois cette manœuvre ; puis appuyez sur le ventre pour voir s'il ne jaillit pas d'urine, et avec la seringue injectez un peu de liquide qui ne doit pas revenir par jet, mais goutte à goutte, d'une façon régulière et continue.

Prenez un certain temps pour ces manœuvres, car il est très important de bien placer la sonde pour que le drainage, car ce n'est pas autre chose, soit parfait.

Si la sonde n'est pas bien placée, le malade éprouve des crises de besoin d'uriner, souffre et a de la température. Le *goutte à goutte* est donc indispensable.

§ 1er. — Fixation de la sonde.

Lorsque vous êtes assuré que la sonde est en bonne place, fixez-la (les sondes de Pezzer n'ont pas besoin de fixation).

Voici le procédé en usage à la clinique de Necker. Prenez deux fils ou mieux du coton à repriser que vous disposez en quatre doubles terminés à chaque bout par un petit nœud. Les liens auront environ 50 centimètres, soit une coudée ; ils ont été trempés dans une solution de sublimé faible ou d'acide borique. Prenez votre premier lien, fixez-le solidement, par sa partie moyenne, sur la sonde au niveau du méat (un peu en avant) ; faites un double nœud ; vous avez alors deux chefs : couduisez-les sur le bord du gland, opposé à vous ; au niveau de la couronne du gland, un peu au-dessus d'elle, réunissez vos deux chefs par un nœud ; vous avez ainsi deux nouveaux chefs, avec lesquels vous allez entourer la verge un peu au-dessus de la couronne du gland ; amenez ainsi ces deux chefs, qui passent l'un en avant de l'autre en arrière de la verge, sur le côté de la verge qui est vers vous ; réunissez-les de nouveau par un double nœud. Vous aurez ainsi fait une sorte de bague à la verge ; ne la serrez pas trop, et arrangez-vous pour que l'index puisse s'engager entre l'anneau et la verge. Vos deux chefs sont maintenant du côté opposé à leur point de départ ; il ne vous reste plus qu'à les fixer aux poils du pubis. Choisissez une touffe de poils assez fournis, tordez-la en moustache ; vous avez de nouveau réuni vos deux chefs par un nœud juste à la base de la touffe de poils ; avec ce qui reste de libre au delà du nœud, enserrez fortement la base des poils, repliez ensuite la moustache ou papil-

lotte que vous avez faite et fixez par un dernier nœud, qui vous laissera encore deux extrémités libres dont vous vous servirez tout à l'heure.

Placez alors le second lien, fixez-le à la sonde comme le premier un peu au-dessous de lui : ramenez les deux chefs sur le côté du gland qui est vers vous ; au niveau de l'anneau fait avec le premier lien, faites un nœud qui solidarisera les deux chefs ; attachez ces deux chefs à l'endroit où les parties du premier lien remontaient de la bague vers les poils, vous solidarisez les deux liens.

La chose s'obtient ainsi : les chefs du premier lien font une longue ellipse ou boucle ; passez l'un des chefs du deuxième lien dans la boucle du premier lien, et faites un nœud fixant votre deuxième lien au premier ; faites ensuite, avec les chefs libres du deuxième lien, un nouvel anneau qui, comme le premier, entoure la base du gland ; arrivé du côté opposé, réunissez vos chefs pour terminer l'anneau ; solidarisez par un nouveau nœud le deuxième lien et le premier, et remontez, le long du bord de la verge qui est loin de vous, les nouveaux chefs du deuxième lien ; fixez-les aux poils du pubis, comme vous l'avez fait pour le premier lien symétriquement à celui-ci.

Habillez ensuite la sonde et la verge ; pour cela, prenez un carré de trois doubles de gaze phéniquée ou salolée de 25 centimètres de côté, pliez-le en triangle, glissez-le sous la verge, le sommet vers la sonde ; fixez ce sommet sur la sonde au delà du méat, par un peu de fil ; ramenez les angles de la base en avant de la verge en les entre-croisant et les fixant par les extrémités libres des fils qui attachent la sonde aux poils du pubis.

Si la sonde ne doit pas rester constamment ouverte, fermez-la par un fausset qu'on enlèvera toutes les deux ou trois heures.

Si elle doit fonctionner d'une façon permanente, prolongez-la par une rallonge de caoutchouc souple que vous ajoutez à la sonde directement ou à l'aide d'un tube de verre. Comme urinal vous pourrez vous servir d'un urinal ordinaire, mais vous aurez avantage à vous servir de l'urinal antiseptique de Guyon-Duchastelet, dans le fond duquel vous mettrez une pastille de 25 grammes de sublimé.

Surveillez la sonde pour éviter qu'elle ne se bouche et faites au besoin de petits lavages à la seringue.

§ 2. — Inconvénients de la sonde a demeure.

Des urétrites passagères, qui disparaissent après l'enlèvement de la sonde, peuvent se produire.

Des abcès aussi se forment au niveau de l'angle de la verge, et peuvent être suivis de perforations et fistules. Pour les éviter il faut bien placer la verge ; il faut éviter qu'elle ne soit pliée sur elle-même. Aussi avec un urinal ordinaire ferez-vous reposer la verge sur une des cuisses, en plaçant l'urinal, non pas entre les jambes, mais sur le côté du malade ; la rallonge de la sonde trouve là son utilité ; si vous avez l'urinal Guyon-Duchastelet, qui est très élevé, vous le laissez entre les jambes du malade : sa hauteur évite la coudure de la sonde.

Pour éviter l'infection par la sonde et pour atténuer ses inconvénients sur le canal, vous ferez de fréquents lavages de la vessie, et vous changerez fréquemment la sonde ; ce changement se fera tous les jours si la vessie est très infectée, un peu moins souvent dans les autres cas.

Ce sera le moyen de prévenir l'infection et aussi les incrustations qui se font quelquefois très vite et rendent l'ablation de la sonde si pénible et même si dangereuse.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 mai 1898.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport de M. Gaston LYON, concernant le *traitement de l'ulcère de l'estomac.*

M. SOUPAULT donne lecture d'une note de M. MATHIEU sur ce sujet : ce dernier trouve que le rapporteur ne s'est pas montré assez sévère pour quelques pratiques dangereuses ; prescrire, par exemple, du perchlorure de fer ou de l'iodoforme de suite après une hémorragie paraît très téméraire, car ces médicaments irritent violemment la muqueuse gastrique. L'emploi de la sonde n'est pas moins condamnable à ce moment : une perforation peut être la conséquence de l'intervention.

De suite après l'hémorragie, il n'y a qu'une conduite à tenir : *supprimer entièrement l'alimentation buccale* et s'en tenir aux *lavements alimentaires.* Ces derniers demandent aussi une grande circonspection dans leur emploi : le premier jour, on n'injectera que 2 à 300 gr. d'eau salée, puis on essaiera d'ajouter au liquide un œuf entier, bien battu. Ce n'est que peu à peu qu'on pourra remplacer l'eau par le lait. L'eau de Carlsbad, donnée par la bouche, ne devrait pas être prescrite avant le 25e ou 30e jour après l'accident, et non au bout de 10 à 12 jours, comme le fait Leube.

M. LYON ne s'est pas non plus prononcé assez catégoriquement contre l'*intervention chirurgicale* au moment de l'hémorragie : les résultats sont désastreux, on a la plus grande difficulté à trouver le siège de l'ulcère.

M. SOUPAULT, en son nom personnel, désirerait préciser les *indications de l'intervention chirurgicale* en cas de sténose pylorique. Si la stase stomacale est causée par une sténose, suite d'ulcère ayant siégé près du pylore, cette sténose sera très serrée, le traitement médical sera impuissant, et le malade deviendra cachectique. Si au contraire les accidents sont dus surtout au *spasme du pylore*, avec sténose peu accentuée, c'est à la médication interne qu'il faudra recourir, et les bons résultats ne se feront pas attendre. Malgré la perfection actuelle des procédés de *gastro-entérostomie*, l'opération reste grave, et on doit l'éviter si faire se peut.

M. BARBIER présente une note sur le *traitement de la diphtérie.* Bien que la médecine expérimentale soit arrivée à réaliser, mathématiquement pour ainsi dire, l'évolution de la diphtérie et son traitement, les conclusions à tirer de l'animal à l'homme ne correspondent pas exactement aux faits observés sur ce dernier. La fausse membrane n'est pas le critérium du degré d'infection ; une fausse membrane peu étendue peut être accompagnée d'un envahissement de l'arbre bronchique par les bacilles diphtéritiques, et une intoxication grave être la conséquence de cet état de choses. L'*angine n'est pas le miroir de la maladie.* Comment reconnaître que chez un malade donné, existent des sources invisibles d'intoxication? On observera dans ces cas une accélération du pouls, avec ou sans hyperthermie, une irrégularité des bruits du cœur, de l'anémie précoce et intense, et une dépression marquée du système nerveux. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à prescrire des doses de sérum antitoxique plus élevées que celles qu'on donne d'ordinaire.

D'un autre côté, on a reconnu que si le malade vient de subir une intoxication par maladie infectieuse, il ne peut plus fournir autant d'antitoxine qu'ordinairement ; on devra donc aussi, dans ce cas, augmenter les doses de sérum antidiphtérique.

Dans quelques cas, l'injection de sérum ne suffit pas pour guérir le malade : on recourra alors, en dehors des grands lavages aux antiseptiques faibles, au phénol sulforiciné.

Il faudrait enfin pouvoir séparer les diphtériques avec manifestations septiques de ceux qui sont simplement atteints de diphtérie, dans les services d'isolement, car les premiers constituent pour les seconds une menace incessante de complications graves.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Etat actuel de la thérapeutique anti-diabétique. Rapports et discussions, par LEO GRUBE. (*Seizième congrès allemand de médecine interne*, tenu à Wiesbaden, du 13 au 16 avril 1898). — LEO insiste sur ce fait, d'ailleurs déjà connu, qu'il ne faut pas instituer un régime alimentaire trop rigoureux au delà d'un temps assez court, trois à quatre semaines en moyenne ; sinon on détermine un affaiblissement général préjudiciable aux malades

En dehors des périodes d'abstinence sévère, il convient d'autoriser, avec l'usage des albuminoïdes, l'ingestion d'une certaine quantité de beurre et de quelques légumes ; il faut permettre aussi l'usage du café, du thé et de l'alcool, mais à l'exclusion de la bière qui est trop riche en hydrocarbures ; avec la saccharine on peut édulcorer les aliments et éviter ainsi chez les malades le dégoût et la perte des forces consécutives.

M. GRUBE (de Neuenahr), a constaté 191 fois l'existence de l'albuminurie sur 473 cas de diabète, aussi pense-t-il qu'il y a lieu de tenir compte, dans le traitement, de la fréquence de cette complication ; celle-ci peut-être due à l'artério-sclérose, à la goutte, à l'alcoolisme, au diabète lui-même.

Dans l'albuminurie des formes graves du diabète, qui manque rarement à la période terminale et qui paraît due à une altération glycogénique des canalicules urinaires, on ne saurait établir d'indication thérapeutique.

Dans l'albuminurie par stase de la circulation générale, qui est assez fréquente dans les cas de diabète de longue durée, il y a indication de tonifier le muscle cardiaque, et le repos au lit est à cet égard nécessaire. Même indication dans l'albuminurie rénale.

Lorsqu'il s'agit de l'albuminurie fonctionnelle occasionnée par la surcharge glycosurique de l'urine, il faut veiller à l'alimentation. Grube a vu l'albuminurie disparaître ou réapparaître à plusieurs reprises chez un diabétique, suivant que ce malade cessait ou reprenait l'usage immodéré des œufs.

Mêmes indications relatives au régime dans l'albuminurie par néphrite.

G. LYON.

Insuccès de la greffe de capsules surrénales chez les addisoniens par P. COURMONT (*Congrès français de médecine interne*, Avril 1898). — Chez une femme atteinte de maladie d'Addison, la greffe sous-cutanée de glande surrénale de chien a déterminé la mort en 24 heures avec hyperthermie, affaiblissement et ralentissement du pouls et collapsus. Il en a été de même dans deux autres cas de greffe de capsules de chien chez l'homme (Augagneur, Jaboulay). La mort, dans ces cas, a été due à une intoxication suraigue.

Si, chez les animaux acapsulés, on peut obtenir une survie plus grande par la greffe de glande surrénale, le résultat favorable est dû à ce que l'on emploie des capsules provenant de la même espèce que l'animal chez qui la greffe est pratiquée ; mais les produits des glandes surrénales d'une espèce animale, antitoxiques pour les sujets de celle-ci, peuvent être toxiques pour d'autres. C'est ce qui se produit quand on greffe des capsules surrénales de chien chez l'homme.

G. LYON.

La strychnine dans l'alcoolisme. (*Wratsch*, n° 7, 1898). — FEDOROFF a employé la strychnine chez 12 alcooliques, et voici les résultats qu'il a obtenus :

1° Les phénomènes catarrhaux s'amélioraient plus rapidement et plus notablement que dans les cas où l'on se borne à priver les malades d'alcool et à les soumettre à un régime.

2° Les accès neurasthéniques étaient favorablement influencés par la strychnine. L'insomnie, ainsi que les troubles nerveux graves qu'elle déterminait, disparaissaient rapidement. A ce point de vue, la strychnine agissait

même mieux que les soporifiques connus. Le sommeil devenait ordinairement normal au bout de 5 à 6 jours.

3° Les colères pour des raisons futiles et l'irritabilité toute particulière qui caractérise les alcooliques, diminuaient progressivement.

4° L'abattement faisait place à un état d'âme plus tranquille : l'angoisse se dissipait et les malades devenaient plus vaillants.

5° Les différents symptômes morbides et en particulier les migraines graves disparaissaient également.

6° Quant au symptôme dominant — le penchant irrésistible pour l'alcool — il n'était en quelque sorte aucunement influencé par le traitement. « De sorte que, conclut l'auteur, on peut reconnaître à la strychnine une action bienfaisante sur les phénomènes nerveux et gastro-intestinaux des alcooliques ; mais on ne saurait lui reconnaître aucune action spécifique. »

B. Taft.

Action de la sympathicotomie dans un cas de goître exophtalmique, par Combemale et Gaudier. (*Académie de médecine*, 19 avril 1898.) — Chez une femme atteinte de goître latent, devenu secondairement exophtalmique, fut pratiquée la section bilatérale du sympathique cervical. A la suite de cette section, on vit l'exorbitisme diminuer ainsi que la tachycardie et les phénomènes douloureux disparaître. Quant au goître lui-même, il ne subit aucune modification.

G. Lyon.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Influence favorable du chauffage du sérum anti-diphtérique sur les accidents post-sérothérapiques, par Spronck (d'Utrecht). *Congrès International d'hygiène et de démographie*. (Madrid, avril 1898). — Beclere, Chambon et Saint-Yves ont constaté que le sérum de cheval normal peut provoquer dans l'espèce bovine des accidents présentant une ressemblance absolue avec l'urticaire, l'érythème morbilliforme et les arthropathies qui, dans l'espèce humaine, suivent parfois l'injection de sérum de cheval immunisé ou non.

Ils ont constaté, en outre, que le même sérum qui provoque des accidents, n'en produit plus aucun quand il est chauffé pendant une heure trois quarts à 58°.

Les résultats obtenus par Spronck avec du sérum antidiphtérique chauffé pendant vingt minutes à 59°-59°,5, plaident en faveur de l'hypothèse d'une action favorable du chauffage à l'égard des inconvénients de la sérothérapie.

Le pouvoir antitoxique du sérum chauffé s'est montré identique à celui du sérum non chauffé.

En ce qui concerne les accidents, sur 1365 malades traités avec du sérum non chauffé, 208, soit 15, 2 0/0 ont présenté des accidents post-sérothérapiques. Sur 251 malades injectés en 1897, 12 seulement, soit 4,7 0/0, ont eu des accidents ; on voit par ces chiffres qu'en 1897 le nombre des accidents post-sérothérapiques, qui dépassait auparavant 15 0/0, n'atteint plus même 5 0/0. Cette diminution de 2/3 est d'autant plus remarquable que de la totalité du sérum en 1897, précisément 2/3 environ avaient été soumis à l'opération du chauffage.

G. Lyon.

Ichtyol dans la variole et dans la rougeole. (*Wratsch* n° 8, 1898).—Il y a quelques mois, nous avons eu l'occasion de signaler aux lecteurs de la Revue, des travaux fort intéressants de Kolbassenko sur l'action de l'ichtyol dans la variole. Un autre auteur russe, Strisover employa, à son tour, l'ichtyol dans deux cas de variole et n'eut qu'à s'en louer.

Partant de ce point de vue que l'ichtyol exerce une action quasi-spécifique sur les affections cutanées, l'auteur eut l'idée de recourir à cette substance antiseptique dans la rougeole, Il l'administra, comme fait Kolbassenko dans la variole, sous la forme de frictions (pommade composée de sulfo-ammoniate d'ichtyol et d'axonge) chez des malades d'âges très différents (de 6 mois à 18 ans) et à toutes les périodes de la maladie.

Les résultats obtenus sont absolument parfaits. Ainsi, au début de la maladie, deux badigeonnages du corps ont suffi pour faire disparaître tous les phénomènes morbides : l'éruption ne reparaissait plus et la température restait normale. A une période plus avancée, un ou deux badigeonnages provoquaient une amélioration des plus évidentes.

En résumant ces observations, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° L'ichtyol est un moyen spécifique aussi bien dans la variole que dans la rougeole.

2° Aussi bien au début qu'à une période plus avancée de la rougeole, l'ichtyol produit rapidement un arrêt du processus morbide.

B. Taft.

Organothérapie de la fièvre palustre par l'extrait de la rate. (*Thérapeutique moderne russe*, nº 4, 1898). — KAREGOZIANZ a expérimenté l'extrait aqueux de la rate de jeunes bœufs sains dans dix cas de fièvre palustre. Il l'administrait à l'intérieur à la dose initiale d'un huitième de rate par jour; cette dose était portée progressivement jusqu'à une moitié de l'organe. En se basant sur ces dix cas, l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

1º L'extrait aqueux de la rate n'exerce aucune action nocive, abstraction faite d'un ralentissement peu considérable du pouls de 6 à 8 pulsations par minute; parfois elle produit aussi de légers troubles du canal gastro-intestinal.

2º L'extrait de rate exerce sur les paludiques la même action favorable que la quinine, en supprimant rapidement les accès; dans un seul cas sur dix on n'a obtenu aucun résultat, mais la quinine a déterminé ici la guérison complète. La quinine achève également la guérison dans des cas où, après l'administration de l'extrait de la rate, il reste de légères élévations vespérales de température;

3º L'extrait de la rate supprime rapidement les accès chez des individus qui sont atteints pour la première fois de fièvres palustres.

4º Dans la fièvre palustre chronique, l'action de l'extrait de la rate n'a pas été constante; dans un certain nombre de cas, elle a été favorable; dans d'autres, au contraire, elle était restée sans effet.

B. TAFT.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Procédé valvulaire dans la gastrostomie, par M. RICARD (*Gaz. des hôpitaux*, 5 mai 1898). — Sur un cas opéré par M. LOISON, médecin-major, M. Ricard signale à la Société de chirurgie les bons résultats obtenus par le procédé valvulaire, en particulier par celui de Fontan. Il apporte cependant une modification personnelle à ce procédé, en ce sens qu'il fait l'ouverture de la paroi stomacale avant de réduire le cône hernié, pour ne pas s'exposer à blesser la paroi postérieure de l'estomac, en incisant dans la profondeur. Voici d'ailleurs la marche à suivre pour exécuter ce procédé modifié : incision de 8 centimètres parallèlement et à 2 centimètres du rebord thoracique. L'estomac étant mis à nu, est saisi avec une longue pince à dents de souris et attiré au dehors. Un cône doit être largement établi en tirant sur la paroi et sa base est fixée aux lèvres de la plaie au crin de Florence, qui unit la séreuse viscérale au péritoine pariétal. Puis, entre 2 pinces de Kocher, on incise au sommet la séro-musculeuse, on décolle la muqueuse et on l'incise à quelque distance, en faisant un orifice qui admette à peine à frottement une sonde Nélaton nº 22. Il ne reste plus qu'à invaginer le cône stomacal en le repoussant et à fixer séreuse contre séreuse, ainsi que les bords de la plaie autour de la sonde, qui est attachée elle-même avec un point de catgut. Il se forme un véritable trajet de 4 à 5 centimètres et un clapet valvulaire du côté de l'estomac. Il faut placer, dit M. Tuffier, l'orifice stomacal le plus près possible du cardia, c'est-à-dire assez haut. Cette opération est surtout recommandable pour les rétrécissements œsophagiens non cancéreux, car elle permet d'alimenter le malade dans les meilleures conditions possibles, sans avoir à craindre les effets ulcéreux de l'auto-digestion. Les procédés en deux temps exposent à faire des fausses routes et doivent être proscrits comme dangereux. Quant à la ponction simple après accolement, elle demeure indiquée dans certains cas de cancer chez des malades épuisés, et donne toujours des résultats forts satisfaisants, d'après MM. Routier, L. Championnière et Schwartz.

AUG. BENOIT.

De la pylorectomie dans les sténoses simples du pylore, par M. LAMBOTTE (d'Anvers) (*Annales et Bull. de la société de Médecine d'Anvers*; 1898, I.) — L'Auteur, dans une récente note, passe en revue l'intervention chirurgicale appliquée au cancer et à l'ulcère; mais c'est aux sténoses simples du pylore qu'il entend surtout appliquer la *pylorectomie* dont il se fait le défenseur, de préférence à la gastro-entérostomie. Voici les arguments qu'il donne : tout d'abord, la pyloroplastie doit être abandonnée, car elle est suivie le plus souvent de reproduction de la sténose, par rétraction fibreuse et cicatricielle. Aussi vaut-il mieux faire la *résection totale du sphincter pylorique*, origine de tout le mal. Cette opération est plus rationnelle que la gastro-entérostomie, car elle conserve à l'estomac sa forme et sa fonction Dans la gastro-entérostomie, il se produit l'une des alternatives suivantes : ou bien l'anastomose

est parfaite, et l'estomac se vide prématurément; la digestion gastrique est supprimée; ou bien l'anastomose est insuffisante et la bile reflue dans l'estomac; parfois même, l'obstruction complète se produit. Selon M. Lambotte, dans les deux opérations, on doit se garder: 1° de l'infection opératoire, 2° de l'infection secondaire par les sutures gastriques. Dans la gastro-entérostomie, à ces dangers s'ajoute l'obstruction intestinale.

Or, ces deux dangers signalés sont réduits au minimum dans l'opération qu'il préconise, la *pylorectomie*, pratiquée d'une certaine façon, plus économique que dans la résection pour cancer pylorique : Voici les quatre temps opératoires :

1er Temps. — *Ouverture du ventre et exploration*. Incision de 10 centimètres, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Le pylore se présente tout d'abord; on apprécie la conduite à tenir.

2e Temps. — *Isolement et ablation du pylore*. Le pylore est amené avec douceur entre les lèvres de la plaie; il offre toujours assez de mobilité: il suffit de faire des tractions progressives. On incise aux ciseaux le péritoine près du bord inférieur du pylore, en ménageant les vaisseaux. Par de la brèche, on détache le ligament avec les doigts, on libère le pylore sur 4 ou 5 centimètres. Deux pinces à mors élastiques sont mises l'une sur l'estomac, à la limite du tronçon isolé, l'autre sur le bout duodénal. Une compresse aseptique est glissée sous le pylore. On détache ensuite aux ciseaux la partie sphinctérique qu'il s'agit d'enlever. En coupant à un centimètre des pinces, on pourra faire facilement la suture.

3e et 4e Temps. — *La réunion* se fait par deux rangs concentriques de sutures, l'un comprenant la *musculo-séreuse*, l'autre la *muqueuse*. Le bouton de Murphy ne donne ici que de mauvais résultats. La soie tressée et les aiguilles droites (de modiste) sont avantageuses à employer. Les deux orifices sont sensiblement égaux; il suffit donc de faire le premier plan musculo-séreux en arrière, dans la demi circonférence postérieure. On fait ensuite la suture circulaire complète des muqueuses en surjet, avec quelques points d'arrêt, pour éviter le froncement en bourse. On finit par la suture musculo-séreuse antérieure. Il ne reste plus qu'à enlever les pinces élastiques, réunir par un point la déchirure des épiploons et à faire la toilette du champ opératoire avant de refermer le ventre. L'opération, si tout est préparé à l'avance, ne doit pas durer plus d'une 1/2 heure.

AUG. BENOIT.

Nouvelle incision pour l'arthrectomie de l'épaule, dans les luxations irréductibles et les résections, par M. SENN, (*Philadelphia Med. Journal I*, 1898). — Après avoir passé en revue les diverses incisions successivement proposées, et constaté que l'incision de Langenbeck, partant du bord antérieur de l'acromion pour descendre verticalement à travers le muscle deltoïde est la plus universellement employée aujourd'hui, M. Senn décrit une incision nouvelle qui met la cicatrice bien à l'abri et permet l'exploration complète de l'article. Son grand avantage est de n'intéresser aucun des organes importants de la région Cette incision est tracée de façon à décrire un lambeau cutané ovale, que l'on relève en haut, exposant ainsi la moitié supérieure du muscle deltoïde. Elle est donc généralement *transversale* et par conséquent très différente de celles que l'on décrivait avant lui. Commençant à l'extrémité de l'apophyse coracoïde elle se dirige en bas et en dehors, suivant une courbe légère jusqu'au milieu du muscle deltoïde; de là, elle se continue en haut et en arrière, en décrivant une courbe similaire, jusqu'au bord postérieur de l'aisselle au même niveau et à l'opposé du point où elle a commencé. Le lambeau semi-lunaire est ensuite disséqué et recliné jusqu'à la base de l'acromion. L'apophyse acromiale est alors sciée et réclinée en bas avec les insertions deltoïdiennes. La capsule articulaire apparaît. Si l'on peut agir directement sur les causes de l'irréductibilité, la tête de l'humérus peut facilement être remise en place. Si l'opération a pour but de faire l'ablation de certaines parties de l'articulation altérées, la capsule doit être ouverte et l'on juge de l'étendue à donner à l'intervention. Les pinces, le bistouri et les ciseaux travaillent librement, tandis que la tête momentanément luxée est écartée en conséquence. Lorsque la tête humérale doit être sacrifiée, c'est par la section de l'os que doit commencer l'opération; les parties molles sont excisées ensuite. La cavité glénoïde est sous l'œil et sera traitée à son tour suivant ses lésions. Après nettoyage de la plaie, on suture l'acromion avec deux ou trois gros fils de catgut. Le fil d'argent est rarement nécessaire pour accomplir ce temps. Il n'est pas même indispensable de perforer les extrémités osseuses, la gaine périostique et les tissus voisins permettant un rapprochement suffisant. On termine par la suture du deltoïde au catgut et la suture superficielle, ou un drainage, si c'est utile, à enlever le troisième jour. Pas de drainage pour les luxations réduites.

AUG. BENOIT.

Aiguille nouvelle pour l'uranostaphylorraphie; fourche porte-fil, par J. et A. REVERDIN (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mars 1898). — Les manœuvres au fond de la bouche, dans les autoplasties palatines sont des plus incommodes avec les anciens procédés et il ne fallait rien moins que l'habileté du professeur Trélat, pour exécuter les sutures avec les instruments ordinaires, aiguille de Reverdin courbe ou aiguille d'Aubry. C'est pour cela que M. Jacques REVERDIN, vient de faire construire une aiguille métallique d'une seule pièce, de 20 cent. de longueur, à triple courbure, la première répondant, pendant la manœuvre, à la commissure labiale. L'aiguille est forcément à chas ouvert. Il existe un modèle droit et un modèle gauche, ainsi que deux numéros différents. Restait à vaincre une difficulté : passer le fil dans le chas de l'aiguille. M. Auguste Reverdin a complété cette instrumentation en faisant construire une fourche porte-fil sur tige coudée. Les deux branches de cette fourche, sont percées d'un œil. Lorsque l'on a passé le fil dans les deux yeux de la fourche, on le maintient tendu en tirant les chefs sur la manche. Rien de plus facile alors que d'aller l'accrocher sur le chas ouvert de la précédente aiguille.

Cet appareil, dont on pourrait se passer pour les fils métalliques, simplifie énormément la manœuvre pour les fils souples, dans la partie postérieure du voile du palais et la luette.

AUG. BENOIT.

Suture avec l'aiguille de Pravaz. — On a souvent, chez l'enfant, l'occasion de faire des sutures pour plaies légères, des lèvres, du cuir chevelu par exemple. En raison de l'indocilité de l'enfant et de l'émoi des parents, il importe de réduire ce traumatisme au minimum,

Le Dr AUGUY (*Ann. de méd. inf.* in *Scalpel.* 8 mai 1898), dit se servir avantageusement d'une aiguille de seringue de Pravaz assez grosse. On introduit, comme cela se pratique d'ordinaire pour les empêcher de se boucher, un fil d'argent sans laisser déborder le fil en avant. On transfixe alors les parties à suturer, et pour cela il est facile de donner à l'aiguille telle courbure que l'on désire. Le fil est poussé hors l'aiguille et saisi à son extrémité : l'aiguille retirée, le fil reste seul dans la plaie. Il ne s'agit plus que de le couper bien droit au ciseau et de le tordre, et l'aiguille reste montée pour le point suivant en retirant un peu le fil hors de la pointe.

Ce procédé est moins douloureux que l'emploi de l'aiguille de Reverdin, ou de l'aiguille ordinaire, puisqu'il faut, dans les deux cas, passer le volume de l'aiguille, plus le double volume du fil recourbé en anse; et cela ne se fait pas sans à-coup, ni tractions assez fortes. On peut ainsi pratiquer, sans trop de cris ni violences, des sutures à des enfants qu'il faudrait autrement maintenir de force.

R. BLONDEL.

La greffe animale. (*Académie des sciences*, 2 mai). — M. OLLIER rappelle que depuis les expériences de Reverdin, on se sert, pour hâter la cicatrisation des plaies, de petits lambeaux de peau. Ce que l'on sait moins, c'est qu'on peut employer de gros lambeaux de 20, 30 et 40 centimètres carrés qui guérissent sans tissu cicatriciel, ces lambeaux gardant tous leurs caractères primitifs. M. Ollier cite l'observation d'un vigneron des environs de Lyon qui, à la suite d'une brûlure étendue de la face interne de la jambe, a été traité de cette façon. La brûlure datait de plusieurs années et la plaie avait un aspect cancroïdal tel, que l'amputation de la jambe avait été jugée nécessaire par un chirurgien.

Après un raclage soigné de la région, huit greffes de 20 à 25 centimètres carrés chacune ont été appliquées. Toutes ont pris, et au bout de quelques semaines, la plaie a été remplacée par une véritable peau avec glandes et poils, et présentant la souplesse d'une peau normale. Une chose a frappé M. Ollier dans ce cas; c'est l'accroissement que les lambeaux ont paru prendre dans le cours de la guérison. Or, on sait que l'atrophie progressive des lambeaux est la règle. M. Ollier attribue le pseudo-accroissement qu'ils ont présenté à la mobilité rétablie dans les parties voisines, mobilité qui a amené des tiraillements dans tous les sens.

R. BLONDEL.

Nouvelle méthode d'anesthésie générale. — (Med. News. 27 nov. 1897). — M. MADURO a expérimenté une nouvelle méthode que Schleich de Berlin a expérimentée sur l'animal, il y a déjà deux ans.

Tous les anesthésiquee généraux sont excitants à faibles doses, narcotiques à doses plus fortes, et déterminent la mort à doses plus élevées. Il est clair que le narcotique qui s'évapore rapidement est éliminé rapidement par les poumons; au contraire celui qui s'évapore lentement, reste plus longtemps dans l'organisme, et son inhalation prolongée est plus dangereuse. Le point d'ébullition du narcotique a une grande influence sur la rapi-

dité avec laquelle il s'élimine. On peut admettre qu'un anesthésique tel que le chlorure d'éthyle, qui bout à 15°, agit différemment sur l'organisme humain, de température de 38°, que le chloroforme, qui bout à 65°.

Schleich a observé, que, lorsque le point d'ébullition était plus élevé que la température du corps, il fallait moins d'anesthésique pour obtenir le même sommeil que lorsque le point d'ébullition était égal à la température du corps. Plus le point d'ébullition du narcotique est élevé, plus l'anesthésie est profonde.

Le point d'ébullition du chloroforme est 65°, celui du bromure d'éthyle 39°, et celui de l'éther sulfurique 34°. On comprend facilement qu'il faut moins de chloroforme que d'éther, et que la narcose chloroformique est plus profonde que celle obtenue par l'éther.

Schleich, après avoir fait plusieurs mélanges d'anesthésiques, arrive à conclure qu'on peut arriver à faire varier le point d'ébullion des mélanges au degré voulu.

Il adopte 3 mélanges types qu'il propose d'employer, ce qui constitue la méthode nouvelle.

1er mélange, bout à 38°

Chloroforme.....	45 parties.
Éther de pétrole.....	15 parties.
Éther sulfurique.....	180 parties.

2e mélange bout. à 40°

Chloroforme.....	45 parties.
Éther de pétrole.....	15 parties.
Éther sulfurique.....	150 parties.

3e mélange, bout à 42°

Chloroforme..... ...	30 parties.
Éther de pétrole.....	15 parties.
Éther sulfurique.....	80 parties.

Le mélange doit être préparé par celui qui anesthésie. Remarque importante, l'éther de pétrole doit bouillir à 60°-65°. Schleich emploie l'éther de pétrole, car cette substance peut être administrée sans inconvénients à fortes doses.

La dose de 30 grammes du mélange I suffit pour assurer l'anesthésie d'une opération durant moins de 20 minutes.

La mixture II ou III convient pour des opérations plus longues.

Schleich a réuni 360 cas, dans lesquels il a employé cette méthode de narcose avec d'excellents résultats.

A. Chassevant.

Maladies des voies digestives

Dr Soupault

Ancien interne des hôpitaux.

Coprostase et hypersthénie gastrique. Traitement de la constipation, par Albert Robin. (*Bulletin général de thérapeutique* p. 593, 30 avril 1898). — La constipation peut déterminer des troubles gastriques secondaires, en mettant l'intestin en état d'insuffisance digestive et l'empêchant d'être l'auxiliaire de l'estomac.

Pour combattre la constipation il faut se garder des purgatifs vrais, notamment des purgatifs salins, dont l'usage est suivi d'une constipation nouvelle et encore plus opiniâtre.

Cependant les purgatifs salins peuvent rendre des services, surtout quand la constipation est mécanique (bourrelet hémorroïdal faisant un obstacle à l'évacuation), mais il faut les emploier à petites doses et les faire prendre à la fin du repas. On peut donc conseiller aux hypersténiques constipés de prendre au milieu du repas, dans un demi-verre d'eau, 5 à 10 grammes de sulfate de soude. L'hydrate de magnésie réussit aussi, mais on ne doit pas le donner trop longtemps de suite, car il a l'inconvénient d'irriter l'intestin et de favoriser des crises spasmodiques douloureuses.

M. Albert Robin préfère les drastiques aux autres laxatifs; il emploie souvent les pilules suivantes :

Aloès du Cap	2 grammes.
Résine de jalap	
Résine de scammonée.	âà 1 gr.
Turbith végétal	
Extrait de belladone. .	
Extrait de jusquiame .	âà 0 gr. 15
Savon amygdalin . . .	qs.

pour faire 50 pilules. Prendre de 1 à 3 le soir avant coucher.

Le massage de l'intestin réussit merveilleusement contre la constipation, mais à la condition d'être pratiquée très habilement. On commence par le cœcum en le suivant doucement entre les doigts et le pouce, dans la direction du colon ascendant; on suit celui-ci, puis ensuite la branche transverse, la branche descendante, et enfin, plongeant doucement les mains dans la fosse iliaque gauche, on exprime le rectum. En répétant plusieurs fois cette manœuvre, on arrive à exciter les contractions expultrices de l'organe et à provoquer une garde-robe normale.

En France, c'est surtout la station de Châtel-Guyon qui a la spécialité de la cure contre la constipation. Il faut administrer l'eau à doses faibles; l'effet est lent, mais sûr; Brides rend les mêmes services que Châtel-Guyon, ainsi qu'Aulus.

A l'étranger Kissingen, Carsbad et Hambourg sont les stations les plus réputées ; elles ne sont pas supérieures aux nôtres.

Il est très important de rationner les constipés et les dyspeptiques sur le régime azoté viande.

G. Lyon.

Sur la gangrène primitive du pharynx, par Richardière. (*Bulletin médical*, nº 38 p. 457-1898). — Avant Bretonneau existait une confusion complète entre les angines gangréneuse; et les angines à fausses membranes. Bretonneau montra que la plupart des angines dites gangréneuses n'étaient pas des angines avec sphacèle et que les membranes grisâtres qui tapissaient la gorge n'étaient pas formées par des débris de la muqueuse, mais bien par de la fibrine exsudée des vaisseaux et qu'au dessous d'elles, la muqueuse, au lieu d'être détruite comme dans la gangrène, était à peu près normale.

Sous l'influence des idées de Bretonneau la notion de la gangrène de la muqueuse du pharynx fut à peu près complètement abandonnée. Cependant cette gangrène, bien que très rare, existe cependant (observations récentes de Luzet, Blumenau, mémoire de Maurin dans les Archives de Médecine de 1889). Richardière en a relevé 13 cas parfaitement authentiques survenus primitivement, c'est-à-dire en dehors de toute maladie infectieuse coexistante ou immédiatement antérieure. De plus, il a pu en observer deux cas chez des enfants envoyés à l'hôpital Trousseau avec le diagnostic erroné de diphtérie. La guérison a été obtenue dans les deux cas.

Les gangrènes secondaires du pharynx s'observent à la suite de brulûres, de charbont de piqûres de serpents venimeux et surtoudans le cours ou au déclin d'une maladie infectieuse (scarlatine, variole, érysipèle, fièvre typhoïde, coqueluche, dysenterie, rougeole, diphtérie). Quant à l'étiologie des gangrènes primitives du pharynx, elle est mal connue; les deux enfants observés par Richardière étaient dans de bonnes conditions hygiéniques et ne présentaient aucune tare organique. Dans un seul cas sur 15, on signale l'influence de la misère, ou de l'alimentation insuffisante.

Dans ses deux cas, la gangrène s'est localisée aux amygdales; la fétidité de l'haleine a été le symptôme local le plus net; de plus, il existait une dysphagie des plus accentuées et du jetage nasal. La température était élevée (39-40) et les phénomènes généraux (pâleur, anorexie, dépression des forces), étaient très marqués.

Le traitement a été à peu près le même dans les deux cas.

Localement, on a prescrit des lavages fréquents de la gorge avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 4.000, et des badigeonnages plusieurs fois par jour avec de la glycérine salicylée (acide salicylique 1 gr.; glycérine 30 gr.). Comme le sphacèle avait de la tendance à gagner les parties voisines, on a fait à plusieurs reprises des cautérisations ponctuées au thermo-cautère. Ces cautérisations ont été faites à l'extrême limite des parties sphacélées. Peut-être, leur doit-on l'absence d'hémorrhagie au moment de l'élimination des lambeaux de muqueuse sphacélée.

Des plaques blanchâtres faisant craindre un nouvel envahissement par le processus gangréneux ont été touchées avec une solution de chlorure de zinc à 1/50e.

Le traitement général a été surtout tonique.

Les enfants prenaient chaque jour une potion de Todd avec 1 gr. d'extrait de quinquina et un peu de vin de champagne. Des injections sous-cutanées de sérum artificiel ont été faites pendant la convalescence.

G. Lyon.

Ophthalmoscopie

Dr Kopff

Ex-président de la Société d'Ophthalmoscopie.

L'acide lactique dans la kératite suppurée (*Wratsch* nº 14, 1898). — Korjenewsky a eu recours à l'acide lactique dans le traitement de la kératite suppurée chez plus de 150 malades. Le procédé, par lui employé, a été le suivant:

Après l'anesthésie préalable à la cocaïne, on lave l'œil malade avec une solution de sublimé à 1 pour 1000, et, à l'aide d'une curette tranchante, on curette soigneusement la portion malade de la cornée. Ceci fait, on dirige sur la portion curettée un jet abondant de solution au sublimé sus indiquée, et après avoir épongé, on met quelques gouttes d'acide lactique pur qu'on étend sur la cornée, après quoi, on relave de nouveau

avec du sublimé et l'on applique un pansement ouaté compressif.

Disons tout de suite que la cautérisation de l'ulcère de la cornée ne provoque pas de douleur intense : mais dès que l'acide lactique touche à la conjonctive, le malade ressent une douleur très forte.

Dans ses observations, assez nombreuses comme on le voit plus haut par le chiffre indiqué, l'auteur a pu faire les constatations suivantes :

1° L'ulcère ainsi qu'une large étendue de la cornée, dont on a enlevé l'épithélium avec la curette, se recouvrent immédiatement après la cautérisation avec l'acide lactique d'une mince croûte blanche qui disparaît insensiblement au bout de quatre à cinq jours. Bien souvent, du reste, l'ulcère ne blanchit pas et garde pendant les quelques jours qui suivent la cautérisation une coloration blanchâtre.

2° L'hypopyon s'absorbe ordinairement avec une assez grande rapidité, parfois le lendemain de la cautérisation. Dans quelques cas plus rares, il persiste pendant une semaine et même plus longtemps, surtout lorsque l'aspect de l'ulcère empire de nouveau. Dans ce dernier cas, il faut répéter la cautérisation.

3° Peu de temps après la cautérisation, les douleurs ainsi que la photophobie disparaissent totalement ; plus rarement on n'arrive qu'à une atténuation de ces symptômes. L'amélioration peut être constatée, le plus souvent, le jour suivant ou le soir même ; elle se produit même dans les cas où la cautérisation exerce une action peu manifeste sur l'ulcère.

4° L'irritation et l'hyperémie de l'œil diminuent aussi rapidement après la cautérisation, la preuve en est dans la dilatation de la pupille par l'instillation d'atropine, ce qu'on n'arrive pas à obtenir avant la cautérisation.

5° La congestion de la conjonctive et de la cornée augmente d'abord mais finit par diminuer en même temps que l'ulcère prend un meilleur aspect.

Ces résultats ne sont pas dans tous les cas également nets, mais toujours est-il qu'ils sont obtenus le plus souvent.

Ajoutons que l'auteur changeait le pansement tous les jours et pratiquait de suite plusieurs instillations d'atropine. Il ne laissait l'œil à découvert que lorsque l'ulcère se détergeait complètement, et que la photophobie et les douleurs avaient disparu.

Enfin, si l'amélioration ne s'obtenait pas, on pratiquait un nouveau curettage suivi de cautérisation à l'acide lactique.

B. TAFT.

Traitement des phlyctènes et des ulcères de la cornée. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 1, 1898). — SASSAPARELE emploie dans le traitement des phlyctènes et des ulcères de la cornée, ainsi que dans le traitement des inflammations et de l'œdème du globe oculaire, une pommade au sublimé, il fait suivre les applications de cette pommade d'un léger massage.

Dans la pratique hospitalière, il prescrit cette pommade de la façon suivante :

Bichlorure de mercure. . .	0.06 centigr.
Vaseline pure.	60 gr.
Chlorhydrate de cocaïne. .	0.30 centigr.

En ville, où l'on n'a pas besoin à la fois d'une grande quantité de pommade, on la formule un peu autrement.

Solution de bichlorure de mercure, 1 pour 20. . . .	0.06 centigr.
Vaseline américaine.	4 gr.
Chlorhydrate de cocaïne 0,06 —	0.12 centigr.

L'auteur estime que la vaseline américaine est la plus commode pour la pratique oculaire, étant plus visqueuse et plus huileuse.

On procède de la façon suivante :

Une petite quantité de pommade est mise sur la muqueuse de la paupière inférieure ; ceci fait, on dit au malade de fermer l'œil et l'on exerce sur celui-ci un léger massage.

Les observations rapportées par l'auteur montrent que les affections oculaires indiquées plus haut, guérissaient au bout de 10 jours environ. Dans le cas où il y a du trachome, la guérison demande un laps de temps plus considérable.

Dans d'autres maladies oculaires, comme les conjonctivites chroniques, les kératites de toutes sortes, les taches de la cornée et les inflammations partielles de la sclérotique, le même traitement est indiqué. Le précipité jaune ne déterminait pas dans les mêmes cas, une guérison aussi rapide, tout en provoquant des douleurs plus intenses que la pommade au sublimé.

B. TAFT.

Traitement de l'ophtalmie blennorrhagique des adultes. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 mai 1898). — FEILCHENFELD est partisan des grands lavages au nitrate d'argent à 1/1000, au début de l'affection : plus tard, à la période catarrhale, on pourra badigeonner la muqueuse du sac conjonctival avec une solution à 1/2 0/0. Il est inutile de vouloir agir en profondeur pour aller détruire les gonocoques intra-épithéliaux : les badigeonnages, en tonifiant la muqueuse, lui permettent de résister au microbe.

E. VOGT.

Traitement du trachome. (*Journal russe de médecine militaire*, nº 8, 1897). — Dans 167 cas de trachome à différents degrés de développement. Troussof a employé l'expression des granulations avec friction consécutive de la muqueuse avec une solution de sublimé à 1 0/00. Pour supprimer la douleur, on anesthésiait la muqueuse à la cocaïne, dont on employait chaque fois 5 centigrammes environ. Dans tous les cas, cette quantité suffisait pour obtenir une anesthésie presque complète. Les résultats obtenus ont été les suivants : sur 167 malades 120 ont parfaitement guéri, 47 autres ont été considérablement améliorés; la formation des granulat tions s'est arrêtée.

L'expression se pratiquait habituellemene en une seule séance; dans un certain nombre de cas, elle provoquait une tuméfaction assez considérable qui disparaissait du reste rapidement et spontanément.

A la période cicatricielle (20 cas), les frictions des paupières avec du sublimé préservent la cornée de l'irritation. Ajoutons que l'expression des granulations seule, ainsi que les frictions au sublimé seules, ne donnaient pas des résultats aussi rapides, aussi sûrs que le traitement combiné. Pour éviter les frottements que pouvait exercer la conjonctiv- après l'expression des granulations sur la cornée, on mettait entre les paupières une petite quantité de précipité rouge.

B. Taft.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

La Kératine dans le traitement de la syphilis (*Presse Médicale*, 12 mars 1898). — M. Lalande (de Lyon) dit avoir obtenu les meilleurs résultats dans les trois stades de la vérole, mais surtout dans les deux premiers, au moyen d'une série de 10 à 30 injections hypodermiques de Kératine, prise sur les cornes embryonnaires que portent les jeunes veaux au moment où on les tue : on pulvérise ces petites cornes et on les fait macérer dans l'eau salée suivant ces proportions :

Eau dist..... ...	1000
Chl. de sodium.....	10
Poudre de corne.....	60

Au bout de 4 à 5 mois de macération sur veillée, manipulée et stérilisée, on obtient le liquide injectable, dont voici à peu près la composition :

Eau	1000 »
Gélatine.....	5.30
Phosphate de chaux...	0.30
Sulfate de chaux.....	0.03
Sulfate de potassium..	Traces
Chlorure de sodium ..	8.37

Les essais ont été faits dans le service de M. de Beurmann, à Broca, et ils ont été satisfaisants.

Morel-Lavallée.

Encore le calomel en injections hypodermiques contre le lupus. (*Presse medic. Roumaine*, 25 fév./9 mars 1898). — Le professeur Petrini (de Galatz) a traité par les injections de calomel une gourme scrofulo tuberculeuse du nez, qui gênait la respiration, tandis que les fosses nasales étaient obstruées par des végétations de lupus vrai. *La gourme s'est résorbée* et la respiration n'est plus menacée, ce qui est déjà un résultat considérable, bien que les lésions lupiques des fosses nasales persistent. Ce résultat, obtenu en 10 jours, prouve que certaines lésions lupiques au début, peuvent guérir par les injections de calomel, autrefois réservées au traitement d'épreuve de la syphilis.

Morel-Lavallée.

L'eau oxygénée dans le traitement du Psoriasis (*Journ. de méd. de Paris*, fév. 1898. — M. Luton (de Reims) ayant vu que les lotions à l'eau oxygénée amenaient sur l'éruption une amélioration s'étendant à des parties même non traitées, eut l'idée d'injecter sous la peau un *sérum oxygéné* ainsi composé :

Sol. phosphate de soude à 10 0/0	75 gr.
Eau oxygénée à 20 volumes.....	25 »

La première injection ayant produit un bon résultat, avec un seul centimètre cube, on en fit successivement 3 autres à 4 jours d'intervalle, sans cesser les lotions à l'eau oxygénée; après ces 15 jours, dit l'auteur, le malade partit guéri de son éruption.

Morel-Lavallée.

Balnéothérapie du psorasis. (*19e réunion de la Société allemande de Balnéologie*, Vienne, 12-16 mars 1898). — Vollmer recommande le traitement de Kreuznach, combiné à la thérapeutique classique, dans les cas de psoriasis vrai. Ullmann, au contraire,

croit qu'il serait imprudent de combiner un traitement externe énergique (chrysarobine, pyrogallol, etc.) à une médication balnéaire : il faudra dans ce dernier cas, s'en tenir au goudron et à ses dérivés. L'action kératolytique des bains prolongés entrera en jeu pour seconder le traitement local ; un grand nombre de stations thermales peuvent concourir à ce résultat. surtout dans la classe des sulfureuses alcalines, mais il n'existe malheureusement pas de station possédant une action spécifique contre cette dermatose rebelle.

E. Vogt.

Pulvérisations de chloréthyle dans la Pelade. (*Bull. Acad. Médecine*, 8 février 1898). — M. Arragon pulvérise d'abord de l'éther sur la plaque peladique, puis, plus tard, le mélange réfrigérant de chloréthyle et oxyde de méthyle.

Ce traitement, expérimenté par M. Loison au Val-de-Grâce, à produit, dans les pelades récentes, les mêmes résultats que la cautérisation à l'acide acétique ; dans les pelades anciennes, le nombre d'échecs éprouvés a été le même.

Morel-Lavallée.

Traitement de l'eczéma chronique des doigts et de la main (*Therap. Monatshefte*, fév. 1898. — M. Edelefsen, pour les eczémas rebelles sillonnés de crevasses à bords indurés, emploie les badigeonnages de glycérine iodée, comme suit :

Iode pur.....	0	gr. 10	centig.
KI.....	0	» 25	»
Glycérine....	12	» 50	»
	Fsa.		

Un badigeonnage par 24 heures. Recouvrir d'un pansement.

Une quinzaine de jours suffit en général ; ce succès nous semble vraisemblable ; cette méthode se rapproche en effet des badigeonnages au nitrate d'argent plus ou moins concentré, lesquels ont un si heureux effet dans les vieux eczémas indurés.

Morel-Lavallée.

Formules pour le traitement de l'Eczéma. (*Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, novembre 96). — Le docteur P. Dietz a fait sur le traitement de l'eczéma un intéressant travail. reproduisant les prescriptions les plus usitées dans les écoles allemande et française. Nous ne reproduisons ici que ce qui a rapport au traitement externe de l'eczéma, et nous conservons aux formules la notation latine usitée en Belgique.

— Eczéma aigu. — Quand la maladie est suraiguë, les tissus fortement congestionnés, enflammés, il n'y a rien de mieux que l'application de compresses de Liqueur de Bürow :

R. Plumb. liquide suf. acetic...	25 gr.
Alumin. crud.....	5 —
Aq. simplex.....	500 —
M. us. ext.	

Ces compresses seront renouvelées toutes les heures et même toutes les demi-heures.

Dans les cas ordinaires, on se contentera de saupoudrer les parties malades d'une poudre inerte, telle que la poudre d'amidon, à laquelle on peut ajouter, *aliquid faciendum*. un peu de poudre d'oxyde de zinc et de fleur d'iris de Provence, pour parfumer.

Parmi les topiques faibles, calmants, citons :

R.	Zinc oxyd.....	aâ	10.0
	Amyl. trit.....		
	Vaselin		20.0
	Ol. Menth. prép....	aâ	0.25
	Acide. carbol.....		
M. S. Us. ext.			

Dans cette préparation, l'huile de menthe poivrée et l'acide phénique ont pour but de calmer les démangeaisons.

S'agit-il d'eczéma papuleux, ordinairement très prurigineux (lichen simple des Français), on emploiera ;

R.	Acid. carbolic....		1 gr.
	Spir. vin. rectif...		150.0
	Spir. Lavandul...	aâ	25.0
	Spir. Colon.....		
	Glycérine.....		5.0
M. S. Us. ext.			

Au moyen de ce liquide on fera des lotions par dessus lesquelles on saupoudrera les parties malades avec de la poudre d'amidon.

Dans l'eczéma séborrheique d'Unna (croûtes graisseuses), on fera plutôt usage du soufre :

R.	Acid. tannic.....	2 gr.
	Sulfur præcip.....	2.0
	Vaselin.....	20.0

On remarquera que ces différents topiques contiennent des substances anti-parasitaires ; en effet, d'après un certain nombre d'auteurs modernes (M. Morris), l'eczéma serait d'origine parasitaire.

— Eczéma chronique. — A. *Ecz. chron. suintant.* On débarrassera les surfaces malades des croûtes qui les recouvrent en les enduisant d'huile stérilisée, puis on appliquera le topique suivant :

R. Empl. Litharg. simple..
Ol. Olivar..... } àà 10 gr.
Vaselin.....
Ichthyol..... 3 gr.
M. S. Us. ext.

Si la peau ne tolère pas les graisses et qu'elle s'enflamme davantage, on préparera les différents onguents au moyen de glycérine au lieu de vaseline.

B) *Eczéma chronique sec, squameux* : — On nettoiera les parties atteintes, comme ci-dessus, puis on emploiera une des nombreuses substances susceptibles de provoquer un état aigu substitutif à l'état chronique : goudron, résorcine, naphtol, soufre, chrysarobine, etc. Tous ces médicaments s'emploient au titre de 1. — 5. — 10 0/0 suivant le degré de tolérance de la peau. Recommander spécialement le goudron dont on commencera l'emploi avec des doses assez faibles :

R. Zinc. oxyd..... } àà 10 gr.
Amyl. trit.....
Vaseline..... 20 gr.
Ol. Cadin..... 4 — 8 — 10 gr.

Enfin on emploiera l'huile de cade pure en badigeonnages répétés une ou deux fois par jour.

Une excellente préparation est l'onguent de Wilckinson, beaucoup employé par Kaposi, à Vienne :

R. Sulf. praecip.....
Ol. Ruscі..... àà 10.0
Sapo virid.....
Vaselin..... àà 20 0
M. S. Us. ext

On l'appliquera en couches minces, au moyen d'un petit pinceau. Dans l'eczéma sec, surtout quand il s'agit des doigts et des mains, on emploiera avec le plus beau succès l'emplâtre à l'acide salycilique, d'Unna.

MOREL-LAVALLÉE.

3me revue annuelle de dermatothérapie. (*Pphia polyclinic*, octobre 1897). — Sous ce titre, le professeur J. ABBOTT CANTRELL passe en revue les principaux essais thérapeutiques, dont les résultats constituent des conquêtes acquises à la dermatothérapie. Prenant par exemple, l'*alumnol*, il le montre, prescrit en poudre, à 12 ou 25 0/0 mélangé à l'amidon, au lycopode, au kaolin ; — à la lanoline encore, au pétrole, à l'onguent rosat ou à la pommade d'oxyde de zinc, de 2 à 12 0/0 ; — en solution dans l'eau, le pétrole ou le collodion, de 12 à 50 0/0. Bons résultats dans toutes les formes d'eczéma, intertrigo et dermites à exsudation ; moins bons dans le sycosis non parasitaire, nuls ou mauvais dans l'impetigo contagiosa. Le pityriasis versicolore, la gale, la pédiculose, le zoster, les ulcérations ecthymateuses ou spécifiques, ont été améliorés ; rien de bon avec les acnés, le psoriasis, le lupus érythémateux, les séborrhées, les dyshydroses.

L'aristol est un bon modificateur des ulcérations qui ne sont ni enflammées ni à marche rapide. L'eczéma à la période d'épaississement de la peau, l'épithélioma, au début, sont favorablement influencés. De même, l'herpès circiné. Pour le psoriasis, l'acné, l'érysipèle, la furonculose, résultats nuls.

Europhène. — De 2 à 10 0/0 en pommade. De 2 à 25 0/0 en poudre, mélangé à l'acide borique. De 2 à 20 0/0 dans l'huile. Utile surtout dans les processus ulcératifs, où il se montre plus actif que beaucoup de dérivés iodés.

Iodol. — De 12 à 50 0/0 en poudre. De 3 à 25 0/0 en des véhicules gras. Le mieux est de l'employer en poudre, au début des ulcérations, puis, quand la plaie bourgeonne, d'en venir à une pommade.

MOREL-LAVALLÉE.

Maladies des voies urinaires

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Traitement des néoplasmes de la vessie par le pyoctanin. (*Allg. Wiener Med. Ztg.*, 12 avril 1898). — HANC recommande le pyoctanin dans les cas de tumeurs malignes inopérables, et comme traitement consécutif dans les cas où l'on est obligé d'opérer sans espoir de débarrasser le malade de son néoplasme.

Il faut débuter par des injections intra-vésicales à très faible dose (1 : 5000) ; on augmente ensuite, chaque semaine, le titre de la solution, ce qui permet d'aller jusqu'à 1 : 500, dose limite.

Avant d'injecter le pyoctanin, il faut faire plusieurs lavages intra-vésicaux à l'eau bouillie, boriquée ou non, jusqu'à ce que l'eau de l'injection ressorte limpide : la solution de pyoctanin sera à ce moment injectée très lentement, et on en laissera environ 100 gr. dans la vessie. Les malades peuvent garder cette quantité une heure environ.

Un des grands avantages du traitement consiste dans son action hémostatique ; les hémorrhagies sont rapidement supprimées, à la grande satisfaction des malades. Les parcelles nécrosées de néoplasme ne sont souvent éliminées que tardivement : leur élimination peut s'accompagner d'une forte hémorrhagie. Dans ce dernier cas, il faudrait se garder d'arrêter la médication : il suffira de reprendre des solutions faibles.

L'effet de rétraction, avec ramollissement des végétations carcinomateuses, se produit toujours à la suite du traitement, mais parfois assez tardivement, comme nous venons de le dire. Les 5 malades soumis par l'auteur aux injections de pyoctanin ont tous rapidement bénéficié du traitement : il s'agissait de cas inopérables, aussi ne peut-il être ici question de guérison. L'auteur a noté chez tous la disparition, pendant de longues périodes, des accidents ordinairement observés dans les cas de ce genre, de l'augmentation de poids, un relèvement de l'état général, etc.

E. Vogt.

Traitement des rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. (*Thérapeutique russe*, n° 12, 1897.) — En se basant sur quatre observations personnelles, Vagapoff et Sletoff arrivent à formuler les conclusions suivantes :

1° Il est nécessaire que deux médecins prennent part à l'électrisation, dont l'un doit être un spécialiste pour les voies urinaires, et l'autre un électrothérapeute ; ce dernier restera à la machine et ne s'occupera que d'elle.

2° Parmi les batteries on peut employer soit celles de Glanert, soit celles de Chardin.

3° Il est indispensable de se servir d'un galvanomètre sensible ; on aura tort de s'en rapporter aux sensations du malade.

4° La force du courant de doit pas dépasser dix milliampères, et la durée de la séance 5 minutes.

5° L'électrolyse des rétrécissements urèthraux étant une opération tout-à-fait sans danger dans les conditions indiquées, mérite d'attirer l'attention, non seulement dans les cas où l'on avait essayé sans succès tous les modes de traitement, mais aussi dans les cas récents.

6° L'avantage de l'électrolyse sur le sondage systématique consiste dans la rapidité et dans l'absence du moment de dépression psychologique inévitable avec tout traitement prolongé ;

7° L'électrolyse linéaire, en agissant sans provoquer de complications, peut être une opération exclusive chez des personnes atteintes d'affections profondes de la sphère génitale, ou de troubles de nutrition très prononcés, de diabète par exemple.

8° Le traitement des rétrécissements par l'électrolyse a encore cet avantage qu'il présente évidemment moins de chances de provoquer des récidives.

B. Taft.

De la chirurgie du rein (*Médicinskoïe Obosrenië*, 1898). — Diakonoff décrit six cas de chirurgie rénale. Dans trois cas, on a fait la résection du rein pour traumatisme, tuberculose et cancer ; dans trois autres cas on a pratiqué la néphrorraphie.

Dans le premier cas il y a eu mort, le malade a succombé un mois après l'opération. Comme dans ce cas on était resté longtemps avant de faire le diagnostic, Diakonoff insiste sur la nécessité qu'il y a de pratiquer le plus vite possible la cystoscopie. Cette dernière permet de juger de l'état aussi bien du rein malade que du rein sain, ce qui présente une grande importance pour le traitement opératoire.

Dans les deux autres cas de résection on a obtenu la guérison seulement chez le malade atteint de cancer ; il survint cependant bientôt une récidive dans la région de la cicatrice.

Dans les cas de néoformations malignes, Diakonoff conseille de recourir à la laparotomie et non pas à l'incision lombaire. En pratiquant la laparotomie, on a un champ opératoire plus libre : on peut aussi dans ces cas enlever les ganglions lymphatiques malades. Il est, en outre, plus facile de lutter contre l'hémorrhagie et examiner l'autre rein.

En ce qui concerne les trois autres cas, où l'on a pratiqué la néphrorrhaphie, le résultat obtenu a été satisfaisant. Diakonoff procède dans ces cas de la façon suivante. Il fait son incision non pas sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, mais obliquement de dehors et dedans en bas et en dehors de la douzième côte vers la crête iliaque. On a ainsi un champ opératoire plus large ; en outre, les tissus sont moins lésés. Diakonoff considère la suture du parenchyme rénal comme inoffensive. Le rein est suturé aux muscles. La suture à la douzième côte ne présente, d'après Diakonoff, aucun avantage, et cependant, on risque de blesser la plèvre. Quant au drainage et au tamponnement après l'opération, l'auteur les considère non seulement comme inutiles, mais encore nuisibles : la guérison est retardée, et dans la paroi abdominale postérieure, il se forme des excroissances cicatricielles.

B. Taft.

Difficult's et erreurs de diagnostic se rapportant à la lithiase rénale. (*Hunterian lectures*, 9 avril 1898). — H. MORRIS rappelle qu'une intervention opératoire sur un rein atteint de lithiase, alors que le rein non opéré présente aussi des calculs, offre les plus grands dangers. Il faut en outre avoir présent à l'esprit que la lithiase rénale peut provoquer des troubles nerveux fort bizarres, parfois même l'hyperthermie.

L'auteur considère, qu'il est fort dangereux de ne pas chercher à extraire un calcul rénal, sous le prétexte qu'il ne manifeste pas sa présence par des troubles intenses : il ne faut pas espérer que ce calcul s'encapsulera par la suite ou sera facilement expulsé. Le calcul rénal devrait, au point de vue opératoire, être soumis aux mêmes méthodes thérapeutiques que le calcul vésical.

E. VOGT.

Diagnostic et traitement opératoire de certaines affections rénales. (*Médicinskoië Obosrenië* 401, 1898). — Dans un intéressant et circonstancié travail WEDENSKY, de Tomsk arrive à formuler les conclusions suivantes.

1° Il est impossible de faire le diagnostic absolu du calcul rénal avant l'opération.

2° Il se peut que l'application des rayons de Rœntgen rende le diagnostic incontestable.

3° L'écoulement de pus ou d'urine trouble par un uretère, d'urine normale par l'autre, indique suffisamment l'unilatéralité de l'affection.

4° Le diagnostic de l'abcès néphrétique ne peut être que probable.

5° Le diagnostic de la pyonéphrose peut être considéré comme vraisemblable, lorsqu'il est basé sur l'analyse des accidents cliniques et sur l'étude des variations des urines, au point de vue de la quantité, des propriétés physiques etc.

6° La pyurie et l'hématurie microscopique, indiquant un processus destructif dans le rein, constituent des indications positives à l'opération exploratrice.

7° L'incision exploratrice dans l'épaisseur de la paroi abdominale doit être oblique et non pas longitudinale; car, oblique, elle permet plus facilement d'examiner le rein.

8° L'examen du rein, sa palpation donnent moins d'indications pour le diagnostic que l'acupuncture et surtout son incision.

9° L'incision exploratrice du rein doit être dirigée sur son bord convexe, car une telle incision passant dans l'intervalle entre deux systèmes de vaisseaux sanguins des deux moitiés du rein, en blesse le plus petit nombre et par la même, la dégénérescence secondaire du parenchyme rénal est réduite au minimun.

10° Cette opération, basée sur des données anatomiques, physiologiques et pathologiques, a tous les droits à une large application, d'autant plus qu'elle constitue, non seulement un moyen diagnostique mais aussi un moyen thérapeutique.

11° Il faut éviter de pratiquer une incision du bassinet pour rechercher et enlever les calculs.

12° La néphrectomie primitive pour calcul, abcès rénal et pyonéphrose ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement.

13° La suture immédiate après l'incision du rein, l'examen de cet organe et la suppression de la cause font la néphrectomie une opération idéale.

14° Dans tous les cas où les rapports topographiques du rein sont gravement compromis, la néphrectomie doit être l'opération finale.

15° La néphrectomie peut être une opération de choix ou une opération de nécessité; dans l'anurie et dans des hémorragies rénales abondantes, l'ajournement de l'opération a pour résultat l'issue fatale.

B. TAFT.

Usage interne et action thérapeutique d'une association de salol et d'essence de santal (Salosantal) dans les affections urinaires. (*Therap. Monasthefte*, mai 1898).— WERLER, après avoir constaté que l'association du salol et du baume de santal constituait une pratique thérapeutique très efficace dans le traitement des affections des organes génito-urinaires, a fait faire des expériences concernant la solubilité du salol dans le baume : on arrive, dans certaines conditions à obtenir un liquide limpide, le *salosantal*, dont l'odeur peut être masquée par l'addition d'essence de menthe poivrée. Le mélange contient 33 0/0 de salol et se prescrit aux doses moyennes de vingt gouttes 3 fois par jour après le repas. Il doit être conservé à la température de l'appartement.

L'effet de la préparation, dans les cas de cystite, avec urines acides ou alcalines, est antiseptique et analgésique; cet effet est durable. Les affections rénales constituent une contre-indication à l'emploi du salosantal, dont le champ d'action reste cependant assez vaste.

Les résultats thérapeutiques sont remarquables :

1° Dans les cas de blennorrhagie et de cys-

tite avec irritabilité intense, alors que les traitements locaux ne sont pas supportés.

2° Dans les cas de complications apparaissant au cours des affections sus-indiquées (hématurie, dysurie, strangurie, ténesme vésical, etc,).

3° Dans la cystite catarrhale chronique, la bactériurie, la pyurie, la cystite chronique; il est indifférent que la réaction des urines soit acide ou alcaline.

4° Dans les blennorrhagies de mauvaise nature, comme adjuvant au traitement local.

E. VOGT.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

L'Hydrocéphalie des nourrissons, par MARFAN. (*Semaine médicale*, n° 24 p. 193, 1898). — L'hydrocéphalie est divisée en hydrocéphalie aiguë et en hydrocéphalie chronique. La première complique les méningites aiguës, particulièrement la méningite tuberculeuse ou bien le mal de Bright. L'hydrocéphalie chronique se subdivise en hydrocéphalie intra-ventriculaire et hydrocéphalie extra-ventriculaire. L'hydrocéphalie extra-ventriculaire est fort rare, elle accompagne presque toujours l'hydrocéphalie intra-ventriculaire.

Celle-ci est congénitale ou acquise, suivant que les causes qui l'engendrent agissent sur le fœtus *in utevo* ou sur l'enfant après la naissance.

L'hydrocéphalie acquise résulte ou d'une sécrétion anormale de liquide ventriculaire ou d'un défaut de résorption de ce liquide. Autrement dit l'hydrocéphalie peut être causée soit par une irritation des parties sécrétoires (épendyme, villosités des plexus choroïdes), soit d'une obstruction des veines de Galien ou des sinus de la dure-mère qui ont pour fonction de résorber le liquide ventriculaire.

Le premier groupe de faits comprend les hydrocéphalies dues à une méningite ventriculaire, à une épendymite chronique. Dans les cas sans lésions grossières, dénommés hydrocéphalie essentielle, c'est du côté des plexus choroïde qu'il faut chercher l'origine de la maladie. Marfan a été frappé de voir les organes tantôt rouges et turgescents, tantôt scléreux et adhérents. Il y a lieu de penser que cette inflammation des plexus choroïdes est l'origine de la plupart des hydrocéphalies chroniques et qu'il faudra la rechercher systématiquement à l'œil nu et au microscope, dans tous les cas désignés sous le nom d'hydrocéphalie essentielle. En admettant cette manière de voir, on peut considérer deux formes de méningite ventriculaire : la forme isolée et la forme associée.

La forme isolée représente le type commun de l'hydrocéphalie chronique; elle débute presque toujours dans le cours de la première année. Elle peut sans doute être engendrée par la plupart des maladies infectieuses du premier âge, mais elle l'est surtout par deux : la syphilis et la gastro-entérite, L'influence de la syphilis admise par A. Fournier, a été démontrée par Sandoz et d'Astros Marfan a mis en lumière la gastro-entérite; il a montré que souvent on observe chez les nourissons la série suivante : 1° Gastro-entérite aiguë. 2° Convulsions ou méningisme; 3° Mort, ou guérison, ou apparition d'un syndrome témoignant d'une altération intra-crânienne chronique (hydrocéphalie, idiotie, hémiplégie spasmodique, épilepsie, etc.)

La méningite ventriculaire peut être associée à une encéphalite chronique (sclérose cérébrale, etc.) ou bien à une tumeur cérébrale ou cérébelleuse. Quand elle est associée à une encéphalite, l'hydrocéphalie vient se superposer à l'idiotie, à l'épilepsie, à l'hémiplégie spasmodique infantile, à la maladie de Little. Si elle est symptomatique d'une tumeur, le plus souvent un tubercule, elle est ordinairement tardive, et son apparition est précédée de céphalalgie, de vomissements, de convulsions, de désordres de la marche, des troubles de la vue.

L'obstruction complète ou incomplète des veines de Galien ou des sinus de la dure-mère dans lesquels elles se rendent constitue un second groupe de causes de l'hydrocéphalie. Cette obstruction peut être réalisée par une tumeur qui comprime les veines, et on voit par là que les tumeurs intra-crâniennes sont susceptibles d'engendrer l'hydrocéphalie par deux procédés : méningite ventriculaire ou compression des veines, ou bien elle est réalisée par une phlébite des veines de Galien et des sinus, conséquence d'une infection septicémique.

L'hydrocéphalie est presque toujours une maladie mortelle. Le volume du crâne augmente toujours, et la mort survient soit en état de mal convulsif, soit par le fait d'une maladie intercurrente, broncho-pneumonie, gastro-entérite, septicémie d'origine cutanée.

Il est bien rare que les sujets atteints de la forme commune dépassent la troisième année.

Cependant l'hydrocéphalie ventriculaire chronique paraît susceptible de guérison. On a relaté des cas de guérison spontanée avec ossification rapide et excessive de la voûte crânienne; Marfan a observé un cas de ce genre. Les hydrocéphales à crâne fermé et dur, sont dans la majorité des cas, des hydrocéphales guéris ou en voie de guérison.

Si la guérison survient de bonne heure, avant qu'il y ait une dilatation ventriculaire très marquée et des lésions graves de la substance cérébrale, on pourra observer une restauration presque complète. Dans le cas contraire, le processus qui a engendré l'hydrocéphalie guérissant tardivement, il sera impossible que les cavités ventriculaires et le crâne reviennent sur eux-mêmes; la tête restera grosse et les cavités dilatées; la substance cérébrale subira des troubles de la circulation et de la nutrition qui en entraveront les fonctions.

Les hydrocéphalies liées à une inflammation des plexus choroïde semblant pouvoir rétrocéder, on doit chercher à favoriser cette rétrocession.

L'influence de la syphilis sur la genèse de l'hydrocéphalie étant bien établie, on a le devoir d'essayer le traitement spécifique, même lorsqu'on ne retrouve pas d'antécédents spécifiques, et quoique que l'on sache que les cas d'hydrocéphalie dont l'origine syphilitique est le mieux avérée résistent en général au traitement; mais il suffit que Sandoz et Heller aient observé des cas d'amélioration, voire même de guérison, pour que l'on tente d'abord une cure antisyphilitique.

Si celle-ci échoue, le seul traitement rationnel et efficace est la ponction ventriculaire On se propose par cette ponction de diminuer la compression de façon à favoriser la guérison si celle-ci a quelque tendance à se produire spontanément.

La ponction doit être pratiquée avec toutes les précautions aseptiques. On se sert d'un très petit trocart que l'on plonge à l'angle latéral de la grande fontanelle ou un peu plus bas dans la partie supérieure de la suture fronto-pariétale, de manière à ne pas blesser le sinus longitudinal.

A deux centimètres de profondeur au plus, on trouve le liquide. D'ordinaire, celui-ci s'écoule sous une faible pression, parfois même goutte à goutte. Il faut en tout cas, se garder de pratiquer l'aspiration sous peine de produire une décompression brusque et des convulsions qui peuvent être mortelles.

On ne doit pas retirer une grande quantité de liquide : 150 à 200 grammes au plus. La piqûre est fermée au collodion iodoformé.

Cette ponction peut et doit même être répétée après quelques jours ou quelques semaines, lorsque la tension de la fontanelle indique que la pression intracrânienne est redevenue élevée.

La ponction ventriculaire n'est évidemment possible que dans les cas d'hydrocéphalie à crâne ouvert, avec béance ces fontanelles et des sutures.

On a encore proposé d'autres opérations contre l'hydrocéphalie. Le drainage ventriculaire, après ponction ou trépan-ponction, offre de grands dangers. L'injection d'une solution iodée dans les ventricules est capable de provoquer des convulsions graves. Ce sont donc des opérations à rejeter. Il n'y a rien non plus à attendre de la ponction lombaire qui ne produit pas de liquide, parce que dans l'hydrocéphalie ventriculaire les communications normales entre les ventricules et l'espace sous-arachnoïdien sont ordinairement oblitérées, ainsi que Marfan a pu s'en assurer au cours de trois autopsies.

G. LYON.

Prophylaxie de l'asphyxie des nouveaux-nés. (*Thérapeutique moderne russe* n° 2, 1898). — BATSCHEVITSCH attire tout d'abord l'attention sur ce fait que pendant la naissance il s'écoule de la bouche et du nez des nouveaux-nés du mucus et que l'écoulement de ce mucus augmente pendant les contractions utérines; au contraire durant les intervalles qui séparent deux contractions cet écoulement ne se produit pas, ou du moins il est imperceptible.

C'est en partant de ce fait que l'auteur s'est demandé s'il ne vaudrait pas mieux nettoyer labouche aussitôt la tête sortie sans attendre que l'accouchement soit complètement terminé.

Après avoir fait sur des cadavres des expériences fort intéressantes mais qu'il serait trop long de rapporter ici, l'auteur est arrivé à la conclusion que le nettoyage de la cavité buccale du nouveau-né, dans les conditions sus-indiquées, est préférable. La pratique confirma la théorie. Depuis cinq ans, il n'a jamais vu un cas grave d'asphyxie.

B. TAFT.

Traitement de la chlorose chez les enfants. (*Archives russes de pathologie*, v. III, fasc. 42 et 3). — En se basant sur toute une série de recherches cliniques, TSCHERNOFF arrive à cette conclusion que les différents processus

de putréfaction intestinale avec absorption des produits de putréfaction, jouent le rôle le plus important dans le développement de la chlorose chez les enfants. Il est possible aussi que le développement d'affections rénales exerce une certaine influence sur la marche de la chlorose. En tenant compte de ce point de vue étiologique, Tchernoff a recours dans le traitement des enfants chlorotiques, à des mesures diététiques et d'hygiène générale et aussi à des agents désinfectants intestinaux. Il cite un certain nombre de cas où, sous l'influence de ce traitement, la chlorose s'améliora et même disparut totalement.

B. TAFT.

Traitement de la chorée infantile. *(Medicinskoïë Obosrenië,* N° 4, 1898). — FILATOFF consacre au traitement de la chorée chez les enfants un long travail. Il insiste tout d'abord sur ce fait qu'on ne peut obtenir un résultat vraiment favorable qu'en soumettant les enfants au repos absolu, physique et moral. Si peu que la maladie soit prononcée, il faut mettre l'enfant au lit et l'y maintenir jusqu'à disparition complète de tous les accidents; la fatigue physique sera défendue même aux individus chez lesquels les mouvements choréiques ne surviennent qu'à l'occasion de mouvements volontaires. Cependant on prescrira des promenades pas trop prolongées à l'air libre. L'enfant devra quitter l'école.

Le régime nutritif et un sommeil prolongé sont tout indiqués, le malade se couchera de bonne heure; la lecture aalit ne sera pas autorisée.

Parmi les substances médicamenteuses, celle qui a la plus grande importance c'est l'arsenic. Dans les cas légers et déjà anciens ainsi que dans les cas où les malades supportent mal l'arsenic, Filatoff prescrit celui-ci à petites doses. Dans les cas de chorée grave les doses sont bien plus grandes. On voit que Filatoff suit à ce point de vue l'exemple de M. Comby, dont nous allons rappeler brièvement la manière de faire. Il prescrit l'arsenic d'après la formule.

Acide arsenieux. . . . . 0.10 centig.
Eau distillée. . . . . 100 gr.

Le premier jour on prend 10 grammes (2 cuillerées à café). de cette solution. on les dissout dans 90 grammes d'eau (6 cuillerées à soupe) et l'on donne au malade une cuillerée à soupe toutes les deux heures en lui faisant boire chaque fois un peu de lait. Le deuxième jour le malade prend 15 grammes de cette solution, les jours suivants progressivement 20. 25. etc., jusqu'à 40 grammes à partir du 8e jour on diminue les doses dans les mêmes proportions. Le traitement dure ainsi deux semaines durant lesquelles le malade prend 0.350 centigrammes d'acide arsenieux.

Si l'on voulait donner la même quantité d'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler, on serait obligé de donner le septième jour environ 64 gouttes, or on sait que les enfants supportent rarement plus de dix à douze gouttes par jour; il est donc évident que l'acide arsenieux est mieux supporté que l'arséniate de potasse.

Filatoff modifie de la façon suivante le traitement de Comby.

Aux enfants âgés de 4 à 6 ans il donne le premier jour une demi-cuillerée; aux enfants âgés de 10 à 12 ans, une cuillerée à café de la solution sus-indiquée. Il augmente les doses tous les jours dans la même proportion jusqu'au septième jour et les diminue ensuite de la même façon. De telle sorte que la dose maxima est : pour les petits enfants de 3 cuillerées et demie; pour les enfants plus âgés : 7 cuillerées à café.

S'il survient des nausées, des vomissements ou de la diarrhée, Filatoff suspend le traitement pendant un jour ou deux, et le reprend ensuite tout en diminuant la quantité d'arsenic.

Dans tous les cas, où l'on avait administré l'arsenic, on a pu constater une augmentation du poids. Ajoutons que parmi les complications observées il y a à signaler les paralysies arsenicales.

Si les enfants sont atteints de catarrhe gastrique, ou bien si. d'une façon générale, ils ne supportent pas l'arsenic, on peut recourir aux injections sous-cutanées de Fowler à la dose de 1/4 à 1/2 seringue.

Dans les cas chroniques où. comme nous l'avons déjà dit. les petites doses d'arsenic sont indiquées. Filatoff prescrit toujours la solution arsenicale (à 1 pour 1000) à la dose d'une demi-cuillerée diluée dans 6 cuillerées d'eau: la dose est progressivement augmentée jusqu'à 1 à 2 cuillerées à café suivant l'âge.

Ce traitement ne dure pas plus de 2 à 2 mois et demi.

Si l'arsenic n'est pas supporté, Filatoff prescrit les salicylates et l'antipyrine, mais, d'après l'auteur, l'antipyrine doit être préférée aux salicylates.

Pour calmer le système nerveux, Filatoff a recours aux préparations bromurées qu'il formule de la façon suivante :

Bromure de potassium. . . .	
— de sodium.	âà 1 gr.
— d'ammonium	
Eau distillée.	100 gr.

Une cuillerée à dessert ou à soupe, quatre fois par jour. S'il y a insomnie on aura recours à l'hydrate de chloral, (0,10 centigr. par jour), au sulfonal, (même dose), ou à l'opium. Des bains tièdes (à 29-30 degrét R) le soir, pendant 15 à 20 minutes, sons également utiles.

Si l'anémie est par trop prononcée, on prescrit du fer sous forme de pilules de Blaud ou de ferratine.

Sulfate de fer	
Carbonate de potaste.	à à 5 gr.
Tartrate de potasse.	

Pour 40 pilules. Deux à cinq pilules après chaque repas (deux fois par jour) ou bien:

Ferratine.	2-4 gr.
Sucre.	25 gr.

Une demi-cuillerée à café, deux fois pas jour. On prescrit surtout le fer dans les cas où l'arsénic est mal supporté ou bien lorsque le malade en avait déjà pris une quantité suffisante.

Lorsque les symptômes aigus sont passés, qu'il n'est resté que de légers tressaillements convulsifs, Filatoff conseille de changer de climat, de voyager, et en fait de traitement pharmaceutique, la teinture de noix vomiques, de trois à cinq gouttes deux à trois fois par jour avant les repas. Enfin, étant donné que les choréiques sont hypnotisables, on fera bien de ne pas oublier, le cas échéant, le traitement psycho-dynamique.

B. TAFT.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Valeur thérapeutique de la strophanthine. (*Therap. Monatshefte*, Mai 1898). — STAHR de Cracovie a repris l'étude de la strophanthine: les doses prescrites ont été de 3 à 4 mg par jour, les malades (une dizaine), présentaient des lésions mitrales ou aortiques.

Dans un cas de myocardite, le malade prit de la strophanthine pendant une semaine entière. Le pouls auparavant petit, irrégulier, ne fut pas modifié; le 7e jour, il devint même plus faible encore et l'arythmie augmenta sensiblement. On fut obligé à ce moment de recourir à la digitale.

Mêmes résultats négatifs chez deux aortiques. Chez l'un d'entre eux, l'administration quotidienne de strophanthine, provenant d'une grande maison allemande, n'avait produit aucun résultat favorable au bout d'un mois: au cours du traitement, des œdèmes, de la dyspnée, de la cyanose, furent observés, et le malade quitta l'hôpital dans un état moins satisfaisant qu'à son entrée.

Dans le second cas, il s'agissait d'insuffisance valvulaire aortique avec rétrécissement: la strophanthine n'eut aucune action sur la quantité des urines émises, sur la dyspnée, sur la congestion hépatique: on recourut alors à la caféine qui améliora rapidement la situation. Les urines, restées aux environs de 400 gr par jour pendant l'administration de strophanthine, montèrent à 1500 gr. au bout de six jours d'administration de caféine.

Dans 3 cas d'insuffisance mitrale, la strophanthine ne produisit que de l'aggravation dans l'état des malades.

Dans tous les cas ci-dessus résumés, les doses quotidiennes du médicament n'avaient jamais dépassé 4 mg. L'auteur dispose en outre de 4 observations, où les doses furent lentement poussées de 3 mg. à 20 mg. par jour.

Les résultats furent encore une fois peu favorables à la médication, et l'auteur résume en ces termes ses recherches:

1° La strophanthine cristallisée en expérience donnée par voie stomacale, n'est pas un poison violent, car on peut en faire ingérer impunément, et sans résultat thérapeutique, d'ailleurs, jusqu'à 20 mg. par jour.

2° On n'observe pas de phénomènes d'accumulation.

3° A hautes doses, dépassant 15 mg., la diurèse est augmentée.

4° On n'observe pas d'effets toxiques.

5° Les malades disent avoir constaté un certain effet calmant sur les crises de palpitations: il n'est pas facile de décider si cet effet est dû au repos hospitalier ou à l'action de l'alcaloïde.

E. VOGT.

Fortes doses, traitements d'assaut, par LIÉGEOIS. (*Journal des Praticiens*, nos 17 et 18, p. 260 et 277, 1898). — Dans la syphilis, les fortes doses d'iodure de potassium, c'est-à-dire les doses de 8 à 12 gr. par jour, sont souvent nécessaires, notamment dans le cas

d'iritis, dans les lésions tertiaires scléro-gommeuses du pharynx, des poumons, du foie et des centres nerveux.

Dans l'angine de poitrine artérielle, il faut donner au début de fortes doses, 2 à 3 gr.; on descend ensuite à 0 gr. 50 en moyenne pour entretenir l'effet produit par les doses de début; même *modus faciendi* dans l'asthme.

Lasègue, en procédant progressivement, est arrivé à faire prendre les doses énormes de 120 à 200 gouttes de teinture d'iode par jour pour combattre le rhumatisme noueux.

Le mercure peut être donné à fortes doses, en même temps que l'iodure quand les accidents syphilitiques commandent un traitement d'assaut : frictions avec 5 à 10 gr. d'onguent napolitain.

Dans l'épilepsie-névrose il faut débuter chez l'adulte par 6 grammes de bromure de potassium *pro die*, chez l'enfant par 3 gr. et arriver bientôt à 10 gr. chez l'adulte, à 5 gr. chez l'enfant en augmentant tous les jours, là de 0 gr. 50, ici de 0 gr. 25. Chez les enfants atteints de convulsions, la potion au bromure ne doit pas être à moins de 2 grammes. Huchard combat le retour des paroxysmes stridueux dans la laryngite des enfants en leur donnant pendant 8 jours jusqu'à 4 et 5 gr. de bromure par jour; au début de l'accès de migraine, il administre 3 gr. 50 à 4 gr. de bromure en une fois. L'agrypnie des neurasthéniques, des gens fatigués par les travaux intellectuels et les veilles, etc., exige les fortes doses de 2 gr. avant et de 2 gr. après le repas du soir. Où le bromure à fortes doses (3 à 8 gr. par jour pendant 8 à 10 jours) fait merveille, c'est contre le pseudo-asthme persistant des cardiopathies mitrales, artério-scléreuses, aortiques ou autres arrivées à la période d'asystolie.

Dans l'insomnie *a dolore*, la dose efficace d'opium est de 0 gr. 05 d'extrait gommeux en une seule pilule. Dans la péritonite par perforation, il faut prescrire 0 gr. 10 à la fois, puis une pilule de 0 gr. 05 d'heure en heure jusqu'à production du sommeil. Dans le délirium tremens, Grisolle est allé jusqu'à 0 gr. 40 à 0 gr. 50 en une journée. Dans l'hémoptysie des tuberculeux avec fièvre, il ne faut pas prescrire moins de 0 gr. 02 d'extrait thébaïque toutes les deux heures.

Dans l'avortement, il faut donner 25 gouttes au moins par lavement et renouveler cette dose quatre fois dans les 24 heures, si c'est nécessaire; contre le délire des malades fébriles, on peut prescrire 5 à 10 gouttes de laudanum toutes les heures.

Au début des fièvres éruptives, les enfants supportent bien les doses de 0 gr. 20 de poudre de Dower à 4 ans, de 0 gr. 25 à 5 ans et de 0 gr. 30 en une fois à partir de 6 ans.

Le lavement à 4 gr. d'hydrate de chloral est une excellente ressource contre les coliques hépatiques et néphrétiques. Dans l'éclampsie puerpérale ce serait une faute d'administrer moins de 4 grammes à la fois, et l'on doit revenir à cette dose massive au moins toutes les 5 ou 6 heures. Dans le tétanos, on peut formuler 8, 10 et jusqu'à 20 gr. d'hydrate de chloral par jour; 4 à 6 gr. de paraldéhyde sont nécessaires pour faire dormir les fiévreux, les pneumoniques, les hystériques, les cardio-mitraux à la tête congestionnée Le trional à la dose de 2 gr. en deux fois, à une demi heure d'intervalle, est nécessaire pour obtenir sûrement le sommeil chez l'adulte.

D'après Soulier, 25 par jour est la dose minima d'eau de laurier-cerise qu'il convient d'employer.

Le sulfate de quinine doit être donné à la dose de 1 gr. ou de 1 gr. 50 chez les paludéens, immédiatement après l'accès, en une heure au plus. La dose de 1 gr. 50 est nécessaire dans l'hémoptysie des tuberculeux, dans l'épistaxis des pubères, des arthritiques, des gens à tension artérielle habituellement exagérée. Aux mêmes doses, les sels de quinine calment les palpitations des neurasthéniques, des surmenés.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, 5 à 10 gr de salicyclate de soude sont nécessaires au début; chez l'enfant, la dose moyenne est de 2 gr. de 2 à 5 ans, de 4 gr. au delà de 5 ans; 6 à 8 gr. sont recommandés dans l'orchite blennorrhagique.

L'antipyrine doit être donné à fortes doses, 3 à 4 gr. pour combattre certaines douleurs intenses (douleurs fulgurantes des ataxiques, tranchées utérines, etc.) le tremblement basé dowien, la polyurie nerveuse, la glycosurie, la coqueluche, le rhumatisme articulaire aigu.

Dans la goutte articulaire, la teinture de semences de colchique doit être donnée à la dose massive de 60 gouttes en trois fois le premier jour et le deuxième, de 40 gouttes en deux fois le troisième et le quatrième, et de 20 gouttes en une fois, le cinquième et le sixième.

La poudre de valériane n'est efficace dans les états hystériformes qu'à la dose de 3 à 10 gr. par jour. Rayer formulait 30 gr. d'extrait de valériane *pro die* dans le diabète insipide.

Dans la congestion pulmonaire grippale, il faut prescrire 5 à 8 gr. de chlorhydate d'ammoniaque ; l'acétate se donne à fortes doses également (10-20 gr.) dans la pneumonie.

Les infusions de digitale à 0 gr. 75 données pendant trois jours, les 50 gouttes de la solution de digitaline au millième données en une seule fois agissent mieux que les petites doses, plus longtemps continuées dans les cardiopathies. Les doses énormes de digitale 3, 4 et même 8 gr. récemment proposées contre la pneumonie sont à rejeter.

L'oxymel scillitique n'est efficace dans la coqueluche qu'à la dose de 20 à 60 gouttes par jour, chez les nourrissons, ou chez les enfants plus âgés à la dose de 5 à 6 cuillers à café administrées tous les soirs de 5 à 6 heures.

Dans l'hydropisie brightique la théobromine doit être donnée à la dose de 3 à 6 gr. par jour, en cachets de 0 gr. 50.

La dose massive de 20 à 30 grammes de glycérine doit être prise en une fois pendant la crise de colique hépatique.

Dans la chorée on commence par 10 grammes de liqueur arsenicale de Bondin pour augmenter jusqu'à 40 gr.; dans les dermatoses « sèches » on donne la liqueur de Fowler jusqu'aux doses de 60 à 70 gouttes par jour.

Pour combattre les douleurs de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère de l'estomac, les doses de 10 à 30 gr. de bicarbonate de soude sont souvent nécessaires; les mêmes doses de sous-nitrate de bismuth sont indiquées dans les mêmes cas.

G. Lyon.

La lanoline anhydre comme véhicule des injections hypodermiques. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, avril-mai 1898). — Ullmann, de Vienne, fait ressortir que les substances huileuses, utilisées comme véhicules, s'altèrent facilement : il en est de même du mucilage de gomme arabique; seule, la paraffine échappe à ces inconvénients, mais elle partage avec les huiles l'inconvénient d'un poids spécifique faible. Si l'on veut injecter les substances pulvérulentes en suspension dans des liquides plus légers que l'eau, on voit le médicament s'accumuler dans le point le plus déclive de la seringue avec une extrême rapidité. La coloration du liquide peut, malgré cela, rester à peu près uniforme, et une simple inspection ne suffit pas à déceler les différences, parfois considérables, de densité entre les diverses couches de liquide que contient la seringue.

La poudre médicamenteuse présente, en outre, une tendance à l'agglutination, il se forme de petits grumeaux qui obstruent la canule, irritent les tissus et peuvent provoquer même, en fin de compte, la formation d'embolies pulmonaires.

Pour éviter tous ces inconvénients, on se servira d'une émulsion de lanoline dans l'huile de paraffine. Pour préparer l'huile grise, on s'y prendra de la façon suivante : on fait dissoudre 15 grammes de lanoline anhydre dans environ 50 grammes de chloroforme, on broie dans un mortier jusqu'à ce que le liquide soit ramené à 30 grammes : à ce moment, on rajoute 30 grammes de mercure, et l'on mélange lentement jusqu'à extinction parfaite de l'hydrargyre. On prend ensuite 9 grammes de cette lanoline et on y ajoute lentement en agitant 3 grammes d'huile de vaseline. L'huile grise est alors prête à être utilisée. La dose moyenne est de 1/2 à une division de la seringue de Pravaz : on fera deux injections sous-dermiques par jour, dans la région dorsale.

L'auteur se sert, pour faciliter le dosage, de seringues de la longueur de la seringue de Pravaz, mais présentant une capacité d'un demi-centimètre cube seulement.

On peut se servir de ce mélange pour traiter localement les syphilides rebelles : dans ce cas, on recourra à l'huile grise dédoublée, contenant 0 gr. 366 par centimètre cube. On injectera deux à trois gouttes de cette préparation à la fois, mais on fera plusieurs injections dans la périphérie de la syphilide. Le sarcocèle syphilitique, les périostoses, les gommes cutanées, les ulcères rebelles, sont rapidement modifiés par les interventions de ce genre.

Plusieurs sels métalliques peuvent être incorporés à des excipients analogues à celui décrit; les solutions se gardent indéfiniment et la substance active n'a aucune tendance gagner le fond du vase. On chauffe légèrement au moment de l'emploi pour donner à l'injection une consistance sirupeuse; après emploi, on place le flacon dans l'eau froide pour accélérer la coagulation.

Voici quelques formules :

1°	Calomel	} aâ 4 gr. 50
	Huile de vaseline	}
	Lanoline	4 gr.
2°	Salicylate d'hydrargyre	7 gr.
	Huile de vaseline	4 gr.
	Lanoline	2 gr.
3°	Oxyde rouge de mercure	4 gr.
	Huile de vaseline	4 gr. 5
	Lanoline	3 gr. 5
4°	Iodoforme porphyrisé	3 gr.
	Lanoline anhydre	2 gr. 5
	Paraffine liquide	4 gr. 5

Cette dernière formule trouve son emploi dans les cas de douleurs ostéocopes, de névri-

tes, ou dans ceux où le mercure n'est pas supporté ou contre-indiqué (néphrite par exemple). Cette injection est indolore.

E. VOGT.

La rhamnine. (*Klin. therap. Wochenschrift*, n° 17, 1898.) — STEINBACH a eu l'occasion de traiter un malade soupçonné de carcinome intestinal, présentant des accidents de constipation opiniâtre avec douleurs, syncopes, etc. par une infusion de rhamnus frangula (15 gr. pour 150 grammes d'eau) : cette infusion permit mieux qu'avec les autres purgatifs employés, d'obtenir une selle copieuse, sans que le malade eût à souffrir le moins du monde. Des résultats tout aussi probants, observés dans des cas analogues, déterminèrent l'auteur à étudier un extrait sec d'écorce de rhamnus frangula; cet extrait produisit fréquemment des vomissements. L'extrait fluide au contraire, aux doses de 20 à 30 gr., donna toute satisfaction. Les avantages de la *rhamnine*, (c'est ainsi que Steinbach désigne l'extrait fluide), sont de ne pas provoquer de selles liquides, mais bien des selles molles qui ne s'accompagnent jamais de ces accidents douloureux ou syncopaux, si fréquemment observés quand on obtient chez des malades atteints de constipation opiniâtre, une évacuation abondante. L'action de la rhamnine se prolonge pendant plusieurs jours, ce qui n'est pas le cas pour la cascara, sa congénère.

E. VOGT.

Alimentation par voie hypodermique. (*Congrès de médecine interne*, Wiesbaden, 13-16 avril 1898). — GUMPRECHT a expérimenté les diverses variétés de substances alimentaires au point de vue de leur assimilation par le tissu cellulaire sous-cutané. Les albumines, difficiles à stériliser, ne sont souvent pas assimilées : la graisse, au contraire, n'est pas irritante et peut donner une réserve alimentaire précieuse, car le tissu cellulaire supporte admirablement la présence de graisse, même en grandes quantités. Le sucre, très facile à stériliser, peut fournir aussi des réserves alimentaires : il est en outre très rapidement assimilable. L'orateur recommande l'emploi hypodermique de liquides sucrés quand il s'agit de soutenir un organisme devant satisfaire à une grande dépense de calories.

JACOB, au cours de la discussion qui a suivi la lecture de cette communication, a rendu compte d'expériences faites à la clinique de Leyden à ce sujet. On a pu injecter à la fois jusqu'à 300 gr. d'huile d'olives et 150 gr. de solution sucrée à 10 %, sans aucun inconvénient.

v. LEUBE, de Wurzburg, estime que la voie hypodermique ne pourra jamais donner des résultats satisfaisants au point de vue de l'alimentation. Il faut surtout une grande prudence quand on s'adresse aux albuminoïdes, susceptibles de subir des transformations qui peuvent les rendre toxiques.

E. VOGT.

Emploi thérapeutique actuel de la phlébotomie : ses indications. (*Deutsche med. — Zeitung*, 18 avril 1898). — SCHUBERT de Wiesbaden constate que depuis 1896, époque à laquelle il préconisa la saignée comme méthode de choix pour le traitement de diverses maladies générales, le nombre des praticiens qui ont adopté sa manière de voir, a beaucoup augmenté en Allemagne. De nombreux cas de chloro-anémie, de furonculose, de rhumatisme, etc., ont été traités avec un plein succès d'après ses indications.

On peut, par la saignée, modifier très heureusement les fonctions d'organes prédisposés à des congestions (accès périodiques d'asthme, migraines, par exemple) ; même dans des cas de vertiges chez les vieillards, de vomissements de la grossesse, on obtint des résultats remarquables. Ces succès tiennent surtout aux effets consécutifs de la phlébotomie, consistant en une action diaphorétique marquée, une suractivité de néoformation de globules rouges, etc.

E. VOGT.

Respiration artificielle forcée au moyen de l'appareil d'O'Dwyer. (*Deutsche med. Wochenschrift* n° 19-1898). — LOEWY de Buda-Pesth rappelle que nombreux sont les cas de mort apparente où l'intervention médicale peut s'exercer très efficacement (asphyxie par immersion, corps étranger dans les voies aériennes, anesthésie, etc., etc.), bien que les moyens usités jusqu'ici ne soient pas infaillibles.

L'appareil d'O'Dwyer semble réaliser un grand progrès : il se compose d'une soufflerie, d'un tube en caoutchouc long de 1 m. 75 environ, et d'un appareil à intubation, représenté par un tube métallique long de 20 cm., cylindrique, coudé à angle droit à son extrémité laryngée; sur cette extrémité est vissé un tube de diamètre convenable et variant suivant l'âge du malade. L'autre extrémité du tube se divise en deux branches; l'une adap-

tée à la soufflerie, l'autre donnant passage à l'air expiré.

L'introduction de l'appareil s'effectue comme lorsqu'il s'agit du tube classique : au début de l'insufflation, on bouche avec le doigt le tube servant à évacuer l'air expiré, mais au bout de quelques secondes, on laisse échapper l'air, puis on rebouche le tube, on insuffle à nouveau et ainsi de suite. On fera chez l'adulte environ 12, et chez l'enfant 16 insufflations par minute. Un nombre trop grand d'insufflations ne permet pas à l'air de bien arriver aux alvéoles. Il est indiqué d'instiller de temps en temps quelques gouttes d'eau dans le tube, ou de fixer à la soufflerie une éponge mouillée pour éviter le dessèchement des voies aériennes.

L'appareil a été utilisé en Amérique, notamment dans deux cas d'empoisonnement par la morphine : quant à Loewy il s'en est servi dans un cas de spasme de la glotte, deux cas d'asphyxie chloroformique, un cas d'opération dans la région nasale.

L'auteur recommande chaleureusement la méthode comme procédé de choix chaque fois qu'on se trouve en présence d'un cas d'asphyxie.

E. VOGT.

Etat actuel de la question de la balnéothérapie. (*Therap. Monatshefte* (mai 1898). — Le Dr KISCH de Prague a choisi ce sujet au Congrès balnéologique de Vienne : nous retiendrons de cette conférence, quelques détails qui peuvent intéresser le praticien.

Kisch rappelle que la balnéothérapie entre depuis quelques années dans une voie nouvelle plus scientifique : von Noorden, par exemple a étudié physiologiquement et chimiquement l'action de diverses eaux minérales sur les échanges nutritifs et a pu ainsi préciser les indications de ces eaux. Ces recherches ont en outre permis de reconnaître qu'il existe bien des préjugés à cet égard : il est irrationnel et dangereux, par exemple, de défendre, au cours d'une cure à Marienbad, l'ingestion de corps gras, ces derniers étant indispensables à l'organisme. De même, la prohibition des fruits, pratique répandue dans nombre de stations, ne se justifie en rien dans la plupart des cas.

La tâche des médecins d'eaux pourrait bien, sous peu, devenir fort ardue : il paraît actuellement en effet nécessaire d'établir le bilan de chaque malade au point de vue des échanges nutritifs, de ses facultés d'assimilation vis-à-vis des diverses substances nutritives, des combustions intra-organiques, etc., etc.; ce n'est qu'à la suite de recherches préparatoires de ce genre qu'on pourra, dans un cas donné, utilement régler l'alimentation et l'hygiène du baigneur et doser la médication.

Les stations d'eaux minérales doivent devenir avec le temps de véritables cliniques des maladies de la nutrition, avec laboratoires et instruments. L'orateur conseille à ses confrères de chercher à faire entrer dans cette voie nouvelle les administrations dirigeantes, de façon à ce que les médecins des eaux puissent, pendant l'hiver, mener à bien des recherches scientifiques se rapportant aux faits observés au cours de la saison balnéaire. On pourrait stimuler le zèle des chercheurs par l'institution de récompenses pour les meilleurs travaux de ce genre : bref, il est grand temps que la balnéothérapie devienne une science dans le vrai sens du mot et ne constitue plus le dernier refuge de l'empirisme et des préjugés.

E. VOGT.

De l'efficacité des courants faibles en électrothérapie, par F. GHILARDUCCI. (*Il Policlinico*, 15 juillet 1897, n° 14.) — D'après l'auteur, les courants extrêmement faibles ont fréquemment une action curative réelle et efficace. Au contraire les courants induits intenses, ou même de force moyenne, sont parfois dangereux.

R. SÉMELAIGNE.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

HELMINTIRASE INTESTINALE

Tœnias.

1. La veille du jour où sera suivi le traitement, repas léger à midi et le soir : un bol de lait ou un potage.

Lavement simple avant de se coucher.

Renouveler le lavement le matin avant de prendre le tœnifuge.

Garder le lit après avoir absorbé le tœnifuge.

Si la tête n'est pas expulsée, attendre qu'un intervalle de cinq à six semaines se soit écoulé avant de prescrire de nouveau le traitement.

2. Tœnifuges à prescrire chez l'adulte.

Écorce de racine de grenadier : 50 à 60 gr.

Faire macérer pendant 12 heures dans eau 750 gr. puis réduire à feu doux et ensuite par l'ébullition jusqu'à 300 et 400 gr.

Faire refroidir et décanter. A prendre le matin en une ou deux fois.

Pelletiérine (sulfate de) 0 gr. 25-0 gr. 40 dans potion contenant du tannin.

Sulfate de pelletiérine 0 gr. 25-0 gr. 40

Tannin	1 gr.
Eau distillée	
Sirop simple	âà 50 gr.
Alcoolature de citron	X gouttes

A prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle.

Dix minutes après l'absorption de la dernière dose faire prendre un grand verre d'eau.

Ne pas prescrire la pelletiérine chez les vieillards et les femmes enceintes.

Fougère mâle anthelmintrique dont l'action est le plus sûre.

On emploi exclusivement l'extrait éthéré, en potion.

Extrait éthéré de fougère mâle.	4-8 gr.
Sirop d'éther	30-40 gr.
Eau de mélisse	40 gr.
Potion gommeuse	100 gr.

ou en capsules, associé au calomel :

Extrait éthéré de fougère mâle..	0 gr. 50
Calomel	0 gr. 05

pour une capsule. (Créquy)

Faire 12 à 16 capsules semblables, à prendre par deux, de dix en dix minutes.

3. Une heure après avoir pris le tœnifuge administrer soit du sirop d'éther (40-50 gr.), soit un purgatif.

Lorsqu'on a prescrit la fougère mâle éviter de donner comme purgatif l'huile de ricin, qui peut favoriser l'intoxication par l'acide filicique.

Faire prendre de préférence *l'eau-de-vie allemande* (15-20 gr.) avec parties égales de sirop de séné ou de nerprun.

4. Tœnifuges à prescrire chez l'enfant.

Semences de courges 20-60 gr, réduire en pâte et incorporer dans du lait, de la confiture (une heure après, huile de ricin 15-20 gr.)

On peut associer le tœnifuge et le purgatif de la façon suivante :

Semences de courges mondées et triturées	60 gr.
Huile de ricin	30 gr.
Looch blanc du Codex nº 1	30 gr.

(Le Gendre)

Pelletiérine :

(avec grande prudence)

Une cuillerée à café seulement de la solution de Tanret, soit 0 gr. 06 de sulfate de pelletiérine.

Fougère mâle.

Extrait éthéré de fougère mâle.	3 à 4 gr.
Calomel	0.30-0.40 gr.
Sucre	15-20 gr.
Gélatine	

pour faire une gelée (Duchesne)

ou extrait éthéré de fougère mâle.	2-4 gr.
Oléosaccharure d'oranges	60 gr.

(Hufeland)

ou :

Extrait éthéré de fougère mâle	3 gr.
Sirop de térébenthine	25 gr.
Gomme arabique	3 gr.
Eau distillée	30 gr.

Alcoolat de cannelle q. s. pour aromatiser, donner dans du lait, en une ou deux fois.

Ascarides lombricoïdes.

Mousse de Corse en infusion ou décoction (5-10 gram. chez l'enfant, 15-30 gram. chez l'adulte). Mélanger avec du lait.

Ou sirop de mousse de Corse du Codex (20-60 gram.).

Calomel 0 gr. 10 0 gr. 30 chez l'enfant.
0 gr. 50 1 gr. chez l'adulte. Mélangé à du sucre.

Souvent associé à la mousse de Corse, au semen-contra.

Poudre composée :

Calomel	2 gr.
Poudre de rhubarbe	2 gr.
Scammonée	2 gr.
Sucre	6 gr.

0 gr. 30 à 0 gr 60 pour les enfants; 2 à 4 gr. pour les adultes.

(Mossé).

. *Semen-contra; santonine* : Semen-contra 1-3 gr. chez l'adulte; 4-6 gr. chez l'adulte; dans du miel, du pain azyme, des confitures, etc.

La santonine est plus employée, en raison de son insipidité.

Chez l'enfant :

Au-dessous de 2 ans	0 gr. 03
De 2 à 5 ans	0 gr. 05
De 5 à 10 ans	0 gr. 10
De 10 à 15 ans	0 gr. 10 — 0 gr. 15

En moyenne, un centigramme par année d'âge; chaque tablette de santonine du Codex contient cette dose.

(On a constaté des phénomènes d'empoisonnement avec la dose de 0 gr. 10 au-dessous de 5 ans.)

Chez l'adulte : 0 gr. 05 — 0 gr. 25.

Se donne chez l'enfant en tablettes (dosées à 0 gr. 01); en biscuits (dosés à 0 gr. 05 et 0 gr. 10).

Chez l'adulte: en cachets, associés au calomel :

Santonine	0 gr. 10 — 0 gr. 20
Calomel	0 gr. 50

en 2 ou 3 cachets.

Ou en pilules :

Santonine	0 gr. 02
Calomel	0 gr. 05
Extrait d'absinthe	0 gr. 05

pour une pilule ; trois à dix.

Oxyures.

Lavements avec *sel marin* (1 à 2 cuillers à bouche) ; *glycérine* (40 — 60 gr.) ; *huile de ricin* (20 gr.) émulsionnée avec un jaune d'œuf; *thymol* (0 gr. 25), *huile d'olive* (50 gr.), etc.

Les lavements salés ou glycérinés suffisent habituellement.

Suppositoires à la *glycérine solidifiée*, au *calomel* (0 gr. 10), à l'*onguent napolitain* (0 gr. 05).

Lotions à l'*eau boriquée*, additionnée ou non, d'une à deux cuillerées à bouche de liqueur de Van Swieten.

Onctions intra-anales avec onguent napolitain 10 gr., Glycérolé d'amidon 20 gr.

ou Vaseline 30 gr., Calomel 1 gr.

à l'intérieur *santonine*.

Faire prendre pendant trois jours consécutifs, le matin à jeun, dans une cuiller de lait sucré un paquet contenant :

Santonine	0 gr. 05
Calomel	0 gr. 10

(Comby).

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Concours des Hôpitaux. — *Médecine.* Le jury du prochain concours des hôpitaux (médecine) est ainsi constitué provisoirement : MM. Hervieu, Huchard, Tenneson, Tuffier, Rendu, Mathieu, Marie. — *Chirurgie.* Le concours de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. Morestin et Ch. Souligoux.

Elections. — Les élections du 8 mai ont renouvelé le mandat de député ou ont confié ce mandat à vingt-cinq de nos confrères :

1° *Députés réélus* : MM. Paulin Méry (Paris, XIIIe arrondissement); Herbet (Bourg, Ain); Gacon (La Palisse, Allier); Ricard (Beaune, Côte-d'Or); Theulier (Nontron, Dordogne); Isambert (Evreux, Eure); Cosmao Dumenez (Quimper, Finistère); Vigné (Lodève, Hérault); Mougeot (Langres, Haute-Marne); Turigny (Nevers, Nièvre); Girard (Riom, Puy-de-Dôme); Quintaa (Pau, Basses-Pyrénées); Pedebidou (Tarbes, Hautes-Pyrénées); Chautemps (Bonneville, Haute-Savoie); Delbet (Coulommiers, Seine-et-Marne); Amodru (Etampes, Seine-et-Oise); Paul Bourgeois (La Roche-sur-Yon, Vendée); Merlou (Auxerre, Yonne); Villejean (Tonnerre, Yonne).

2° *Députés élus* : MM. Hugon (Saint-Flour, Cantal); Lachaud (Brive, Corrèze); Borne

Montbéliard, Doubs); Dubuisson (Châteaulin, Finistère) ; Barrois (Lille, Nord) ; Chopinet (Senlis, Oise); Boutard (Saint-Yrieix, Haute-Vienne).

Un nouveau cabinet médical, — L'histoire a fait quelque bruit à Paris. Les Conseils de l'Ecole de médecine et de l'Ecole de pharmacie s'en sont occupés, si nous en croyons un de nos plus sympathiques confrères de l'étranger *le Scalpel*.

Un grand journal, qui publie chaque semaine un supplément illustré, a trouvé un nouveau moyen de se faire une clientèle étendue. Sur le coin de chaque numéro illustré se trouve collé un petit bulletin plié et fermé que le lecteur détache.

Ce petit coin de papier, c'est la boîte de Pandore d'où surgit le cadeau: un bon pour 1/2 kilo de café à prix réduit, un bon pour un tableau de maître dans les prix doux, etc., etc., ou un bon pour une consultation médicale gratuite.

Le susdit journal a traité avec un docteur en médecine auquel il alloue des honoraires de 12.000 francs par an, moyennant quoi le médecin s'engage à donner tous les jours, dans des locaux spéciaux, situés au siège social du journal une consultation gratuite à tous les acheteurs du supplément de... qui se présenteront avec le bon de l'administration du journal ; il s'engage également à répondre à toutes les demandes de consultation par correspondance accompagnées du même bon.

Il n'est pas malaisé de prévoir ce que seront ces consultations.

Nous avons déjà vu, en semblable occurence, un journal un peu naïf faire connaître en postcriptum à sa rubrique : *Petite Correspondance médicale*, le prix de la ligne d'insertion. Aussi avons nous quelques doutes sur l'indépendance du confrère (?) qui opérera dans le local du journal en question. Les 12.000 francs précités seront, pour le chef de la publicité de celui-ci, un excellent placement.

Mais que dire d'une époque et d'un pays où ces choses sont possibles? Mieux vaut même ne pas savoir combien de confrères faméliques auront brigué la place : ce serait probablement plus triste encore.

Présence du bacille de la diphtérie dans l'eau bénite. — Les contacts multiples que subit l'eau des bénitiers avec des doigts souvent peu aseptiques autorisent à supposer que dans certaines conditions ce liquide est susceptible de jouer un rôle important dans la diffusion des maladies infectieuses. Et, de fait, en analysant bactériologiquement de l'eau puisée dans le bénitier d'une des églises les plus fréquentées de Sassari, M. le Pr L. Vincenzi a constaté la présence d'une foule de bactéries ; staphylocoques et streptocoques, colibacilles, microbes tétanigènes, bacille de Lœffler, etc.

Notre confrère a cultivé ce dernier microbe et en a obtenu des cultures pures absolument caractéristiques. Il a pu aussi se convaincre par des expériences sur les animaux qu'il s'agissait incontestablement d'un bacille de la diphtérie, doué de propriétés très virulentes. En effet, M. Vincenzi a vu des cobayes pesant plus de 400 grammes succomber rapidement après inoculation de doses même minimes (0 cc., 4) des cultures en question, et il a constaté à leur autopsie les lésions caractéristiques de l'infection diphtérique expérimentale (œdème au point inoculé, exsudat limpide des cavités pleurales et foyers hémorragiques multiples dans les capsules surrénales). L'eau des bénitiers peut donc être le véhicule de la contagion diphtériqne, et cela d'autant plus facilement que dans quelques pays, certaines personnes ont coutume de porter à leurs lèvres leurs doigts mouillés d'eau bénite. Ajoutons qu'à l'époque où M. Vincenzi entreprenait ses recherches, quatre cas de diphtérie, dont un suivi de mort, étaient signalés dans la ville de Sassari. (Nice médical).

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des fractures du maxillaire inférieur (thèse LEBLANC, 1897). — L'A. tente de réhabiliter le traitement des fractures du maxillaire inférieur par la *fixation au maxillaire supérieur* considéré comme unique attelle. On sait, en effet, combien la suture et l'enchevillement donnent de piètres résultats dans les cas où il y a un fort déplacement. Or, la fixation des fragments de maxillaire inférieur réduit, au maxillaire supérieur supprime les appareils intra et extra-buccaux, permet l'alimentation par les liquides nutritifs qui passent par le vestibule de la bouche et son orifice postérieur, enfin n'empêche pas l'usage de la parole. Nécessitant l'occlusion de la bouche, il doit être rejeté dans les cas à contention facile. Il suffit pour pouvoir l'appliquer, de faire choix de 2 ou 4 dents, s'il y a deux traits de fracture, c'est-à-dire fragment médian comprenant les 4 incisives et de les unir deux à deux entre les dents corres, pondantes des deux mâchoires. L'union se fait au fil d'argent qui étreint la base des dents et dont les chefs entortillés sont entrecroisés entre eux sur la face antérieure des dents, après réduction parfaite de la fracture. C'est en somme, la simplification sinon l'amélioration de la méthode d'Angle (Med. Record, 1890). Ce dernier auteur emploie un jeu d'anneaux métalliques appropriés à la forme des dents. Ces anneaux aplatis enserrent les dents et sont fixés autour de chacune des deux dents superposées au moyen d'une vis munie d'un écrou que l'on fait tourner avec une clef. On réduit alors la fracture et grâce à un petit bouton approprié que porte la face externe des anneaux, on entrelace un fil de soie ou de métal en formant des huit de chiffre, jusqu'à ce que le maxillaire inférieur soit bien fixé au supérieur. La durée du maintien de cet appareil est des plus variables ; pour éviter la pseudarthrose, qui est si fréquente dans ces fractures. Si la consolidation n'est pas obtenue en 30 à 40 jours, il faudra le réappliquer encore quelques semaines.

AUG. BENOIT.

Chirurgie de l'intestin, par M. JEANNEL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse. — Paris, Institut de Bibliographie, 1898. Vol. de 400 pages, avec 363 fig. dans le texte. — Prix 10 fr.

C'est une *Chirurgie opératoire* de l'intestin que publie aujourd'hui M. Jeannel, et nous voulons espérer qu'il complètera son œuvre, en nous en donnant ultérieurement le complément nécessaire, sous forme d'une *Chirurgie pathologique* du tube intestinal.

Certes, de toutes les chirurgies viscérales, celle de l'intestin est bien une de celles où les plus belles conquêtes aient été faites dans la deuxième moitié du XIXe siècle. Autant, naguère, le chirurgien redoutait avec trop de raison les interventions intestinales, autant, de nos jours, c'est avec confiance qu'il entreprend sur le tube digestif les opérations les plus hardies et les plus ingénieuses. Et cependant il n'existait encore aucune monographie complète consacrée à l'étude de ces opérations ! Assurément les traités anciens ou récents de médecine opératoire contiennent un chapitre, où sont indiqués les principaux points de suture avec leur technique, et où sont plus ou moins décrits l'entérostomie, l'entérorraphie, l'entérectomie, l'entéro-anastomose, etc. Assurément aussi, nous avions deux petits livres sur les mêmes sujets. Mais en vérité, il n'y a, en tout cela, que des ébauches insuffisantes pour instruire le lecteur, et former un opérateur. M. Jeannel a voulu combler cette lacune. Fort d'une expérience personnelle acquise dans sa pratique et complétée par la lecture et la mûre analyse de toute la littérature afférente à la question, il a écrit un livre qui, s'il n'est pas sans défauts, a du moins le mérite d'être complet et consciencieux. La chirurgie de l'estomac, la chirurgie de l'anus et du rectum étaient faites et bien faites : M. Jeannel n'a pas cru devoir les recommencer, et il s'est borné à la chirurgie du duodénum, de l'intestin grêle, de la région iléo-cæcale et des côlons. M. Jeannel ne s'est pas contenté de décrire les différentes opérations et les procédés opératoires, et de formuler les indications de chacune et de chacun. Cédant à ses habitudes professorales, il a critiqué les uns ou les autres, donnant sur les questions en litige son opinion motivée. Peut-être quelques esprits chagrins et susceptibles lui reprocheront-ils de parler parfois trop net, et de ne pas émousser les pointes de ses critiques ! Mais ne serait-il pas lui même en droit de répondre qu'en matière scientifique la vérité ne peut blesser.

A. P. S.

Nouvelle Imprimerie, 3 rue Bourdaloue. — Paris. *Le Propriétaire-Gérant*. R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Prix proposés par la Société nationale de médecine de Lyon. Pour l'année 1899 :

PRIX DE 150 FRANCS. — Un prix de 150 francs à l'auteur de la meilleure thèse, soutenue depuis moins de cinq ans, devant la Faculté de médecine de Lyon, sur un sujet d'obstétrique ou de gynécologie dans ses rapports avec l'obstétrique, ou de pathologie des enfants du premier âge.

PRIX DIDAY. — 400 FRANCS. — A l'auteur du meilleur travail inédit sur les maladies vénériennes.

2° Pour l'année 1900 :

PRIX DIDAY. — 400 FRANCS. — A l'auteur du meilleur travail inédit sur les maladies de la peau

3° Pour l'année 1901 :

PRIX QUINQUENNAL DE 500 FRANCS. — Du rôle de la microbiologie en obstétrique (théorie et application).

Dispositions générales. — Les mémoires devront être adressés pour l'année 1899 avant le 1er novembre 1898 ; pour l'année 1900, avant le 1er novembre 1899 : pour l'année 1901, avant le 1er novembre 1900, au secrétaire général de la Société. Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; une devise placée en tête de chaque mémoire sera reproduite sur une enveloppe fermée contenant les noms, prénoms, qualités et domicile de l'auteur, et cette enveloppe sera remise en même temps que le mémoire.

Intérêts professionnels. — Un individu est convaincu d'exercice illégal de la médecine en prenant part habituellement, sans être muni de diplômes, au traitement des maladies et des opérations chirurgicales. Une première poursuite, en 1894, se termine par la condamnation à 5 francs d'amende. Une deuxième fois, en mai 1897, ce même individu est condamné à 25 francs d'amende.

En octobre de la même année, troisième poursuite et nouvelle amende de 25 francs.

Les considérants des jugements sont à retenir :

Attendu qu'il convient d'*atténuer dans la plus large mesure* l'application de la loi pénale à raison de ce que le prévenu a fait certaines études de médecine, interrompues par un accident qui l'a rendu *muet, et à raison* de l'éloignement des médecins, éloignement qui rend l'assistance de ces derniers non pas impossible mais *difficile* et *relativement onéreuse* pour certaines communes où P... pratique illégalement la médecine.

Pour ces raisons, le prévenu bénéficie des circonstances atténuantes.

Le fait d'avoir pris une ou deux inscriptions de doctorat ou d'officiat, ajouté à l'éloignement des médecins, atténue ainsi le délit d'exercice illégal. C'est une façon nouvelle de protéger les études médicales.

Le télescripteur. — Si l'emploi du téléphone est satisfaisant pour les besoins journaliers, les demandes rapides de renseignements, etc., il est loin d'être suffisant quand il s'agit d'affaires commerciales. Sans parler du peu d'utilité qu'a le téléphone pour les gens ayant l'oreille un peu dure, on a surtout à lui reprocher de ne laisser aucune trace des communications. En outre, si un chef de maison quitte son bureau un moment dans la journée, il se trouve dans l'alternative, soit de laisser son téléphone entre les mains d'un secrétaire ou même d'un garçon de bureau, ce qui peut donner lieu à des indiscrétions ou des malentendus, soit de fermer son bureau à clé et de laisser son appareil inutilisable pendant toute la durée de son absence. Un correspondant ne peut même pas alors être informé de l'heure probable de son retour.

On a bien essayé, aux Etats-Unis, de remédier à ces divers inconvénients, ajoute *la Science pour tous*, d'où nous extrayons ces renseignements, mais les appareils fort délicats qu'on y a inventés et appliqués au téléphone, avaient l'inconvénient, vu les faibles services qu'ils pouvaient rendre, de coûter aussi cher que le téléphone lui-même.

M. Hoffmann a pensé qu'en combinant la machine à écrire avec le télégraphe, on pourrait obtenir un appareil susceptible de remplacer avantageusement le téléphone dans toutes les affaires commerciales ou tout au moins suppléer à ses imperfections.

Cet appareil est le Télescripteur. Le Télescripteur n'est d'ailleurs pas autre chose qu'un télégraphe imprimant, mais présentant sur tous ceux existant jusqu'à ce jour des supériorités marquées dont la principale est de pouvoir être manipulé même par un enfant.

L'appareil se compose d'un clavier surmonté d'une boîte contenant le mécanisme. Le clavier comprend une série de touches correspondant chacune à une lettre de l'alphabet, à un chiffre ou à un signe. Il suffit d'appuyer au poste de transmission sur une des touches pour obtenir l'impression, au poste de réception seul ou aux deux postes, de la lettre correspondante, sur une bande de papier.

Le clavier permet, à l'aide des contacts que l'on établit par la pression sur chaque touche, d'envoyer dans une ligne des courants instantanés. Ceux-ci agissent sur un électro-aimant polarisé, renfermé dans la boîte, et qui commande l'échappement mobile du mouvement d'horloge. On a disposé sur l'axe de ce mobile un balai frottant sur un distributeur de courant circuit fixe à 28 contacts et une roue des types. Celle-ci est formée d'un disque à la circonférence duquel sont gravés en relief les lettres de l'alphabet, les chiffres, la ponctuation et divers signes. Il y a en tout 56 divisions dont 4 pour les blancs des lettres et les blancs des chiffres. Une petite bande de papier destinée à recevoir l'impression, passe en regard de la roue des types sur un tambour mobile, qui est placé à l'extrémité d'un levier oscillant sous l'action d'un électro-aimant particulier.

Supposons une série d'abonnés au téléphone, ayant, outre leur appareil téléphonique, un télescripteur, ou n'ayant que ce dernier. Le même fil sert pour la communication des deux appareils, et en abaissant ou en relevant un simple levier on est sur téléphone ou sur télescripteur.

L'appareil comporte un grand nombre d'avantages. Son prix, au rebours de ce qui existe pour tous les autres télégraphes imprimants, est modeste. Il ne dépasse guère celui d'une machine à écrire ordinaire et n'est pas plus grand que cette dernière.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TOXINES ET LES ANTITOXINES

Leçon professée à la Faculté de Médecine
Par M. A. CHASSEVANT
Professeur agrégé
(Conférence de chimie biologique).

(*Suite et fin*)

L'étude des toxines sécrétées par les micro-organismes, présente pour le médecin un intérêt particulier. Je vous ai exposé au début de cette leçon l'historique de cette découverte si féconde, des toxines microbiennes.

Il est donc actuellement démontré que lorsque les microbes se développent dans l'organisme vivant, ils agissent surtout par les toxines qu'ils sécrètent. Ainsi, par exemple, le bacille de Lœffler qui cultive à la surface du pharynx en formant une fausse membrane, sécrète sa toxine qui, entraînée par la circulation, provoque les accidents toxiques de la diphtérie : paralysies, accidents cardiaques. Les micro-organismes cultivés *in vitro* sécrètent les mêmes toxines que lors qu'ils se développent sur l'animal ou sur l'homme.

Nous devons faire une distinction entre les diverses matières protéiques toxiques sécrétées par les virus.

Les unes appartiennent au protoplasma même du micro-organisme, sont retenues par la cellule vivante et ne passent dans le bouillon de culture qu'après la mort du microbe.

Les secondes sont des sécrétions véritables, sécrétions résultant de la désassimilation cellulaire.

Les troisièmes résultent du dédoublement des matières albuminoïdes des bouillons, liquides, ou organes sous l'influence des diastases sécrétées par le microbe.

Nous pouvons séparer les premières des deux autres espèces de toxines, en retenant sur un filtre en porcelaine le corps des micro-organismes. Pour les extraire du corps des microbes, il suffira de dilacérer et de faire macérer les microbes morts dans un dissolvant approprié. C'est ainsi que Nencki a pu préparer la *mycoprotéine*.

Nous ne possédons pas, actuellement, de méthodes qui nous permettent de distinguer ni de séparer les deux autres sortes de toxines.

Les toxines albuminoïdes bactériennes appartiennent, en général, au groupe des albumoses et en possèdent les qualités principales.

Elles ne coagulent ni par les acides, ni par la chaleur; elles sont précipitées par addition de sulfate d'ammoniaque à saturation; elles sont précipitées, mais non coagulées par l'alcool concentré en excès; elles sont plus ou moins solubles dans l'alcool étendu.

Pour séparer ces toxines microbiennes on peut employer le plus souvent la méthode suivante : filtrer le bouillon de culture sur porcelaine (filtre Chamberland, bougie de Kita-

sato, filtre de A. Gautier) pour enlever les microbes. Précipiter les matières albuminoïdes par l'alcool fort ajouté en excès au liquide filtré.

Laisser en contact avec l'alcool pendant 48 heures. Recueillir le précipité, le laver à l'alcool. On traite alors la masse par l'eau. Les albumoses se redissolvent et en même temps les toxines, tandis que les autres albuminoïdes coagulées restent insolubles dans l'eau.

Henkin en 1889, Brieger et Frankel ont obtenu les toxines du bacille du charbon, qui seraient des albumoses fortement alcalines d'après Sidney Martin. D'après Henkin et Werbrook, le microbe du charbon sécrète une pepsine; la chaleur à 110° pendant 15 minutes ne détruit pas la toxicité des cultures (Marmier).

Koch, Brieger et Proskauer ont isolé la tuberculine. Le bacille de Koch cultivé sur bouillon de veau glycériné à 4 0/0, filtré sur bougie et évaporé à 1/10 donne un liquide brun foncé contenant les toxines de la tuberculose, et constitue la tuberculine, employée par Koch en 1891. Cette liqueur très complexe additionnée d'une fois et demi son volume d'alcool à 95° abandonne au bout de 24 heures un précipité floconneux. Ce précipité est redissous dans l'eau, puis reprécipité par l'alcool à plusieurs reprises. Le dépôt est alors séché dans le vide et donne une poudre blanche grisâtre dont la toxicité est 50 fois plus considérable que celle du liquide dont on est parti.

C'est une substance très impure, soluble dans l'eau. Les solutions aqueuses perdent leur activité. En présence de la glycérine, la toxine tuberculeuse semble plus stable; elle résiste pendant 2 heures à une température de 110° à 120°.

Je n'insisterai pas sur l'action physiologique de la tuberculine; vous savez que, sans effet sur l'animal sain, elle provoque l'hyperthémie chez les animaux tuberculisés. Maniée avec précaution et à faible dose, la tuberculine est un précieux élément de diagnostic, qui permet de dépister la tuberculose latente ou commençante. On l'emploie dans l'art vétérinaire avec succès, pour reconnaître la tuberculose des animaux de ferme, surtout des bovidés.

La toxine de la diphtérie a été isolée par Roux et Yersin en 1888. La culture du bacille de Lœffler sur bouillon de veau, exposée à un courant d'air constant, est cultivée pendant trois semaines, en suivant la méthode indiquée par les auteurs. On filtre et concentre dans le vide; le résidu est toxique. Ce résidu repris par l'alcool donne une partie soluble, inactive et une partie insoluble toxique. La partie insoluble dans l'alcool se redissout dans l'eau.

La toxine diphtérique est susceptible de dialyser. Lorsqu'on fait naître un précipité gélatineux au sein d'un liquide tenant en solution le poison diphtérique, la toxine est entraînée par le précipité. Si nous additionnons une solution de toxine diphtérique de chlorure de calcium, puis si nous y versons une solution de phosphate de soude, le précipité de phosphate de chaux va entraîner la toxine; la poudre insoluble recueillie sur un filtre aura les propriétés toxiques alors que la liqueur surnageante en sera privée.

L'action des cultures diphtériques est très considérable.

1 c.c. de culture qui correspond 0 gr., 01 de résidu tue 8 cobayes de 400 grammes ou un chien de 9 kilog.

Lorsqu'on ingére la toxine, même en grande masse, on n'observe pas de phénomènes d'intoxication. On a fait ingérer 10 cc. de bouillon de culture à un pigeon sans lui causer aucun accident; alors que 0 cc., 5 introduit dans la trachée détermine la mort. L'alcool altère la toxine; la chaleur à 60° la détruit alors que cette température ne tue pas le microbe.

L'intoxication diphtérique est précédée toujours d'une phase d'incubation, suivie d'hyperthermie, puis d'hypothermie; l'animal meurt avec 30° de température rectale.

Le bacille de Nicolaier sécrète dans ses cultures une diastase qui liquéfie la gélatine et une toxine tétanique. Comme la toxine diphtérique, la toxine du tétanos est précipitée par l'alcool, détruite par la chaleur, entraînée par les précipités que l'on forme au sein des liquides qui la contiennent. Lorsqu'on chauffe ou qu'on oxyde ses dissolutions on observe que la toxicité disparaît en même temps que le pouvoir dissolvant de la gélatine; c'est ce qui a fait supposer à Vaillard et Vincent qu'il existait entre la toxine et la diastase un rapport étroit.

L'activité de la toxine du tétanos est considérable : des doses impondérables introduites dans la veine d'un animal suffisent à provoquer les accidents tétaniques et la mort. Comme pour la diphtérie, un certain temps d'incubation est nécessaire (24 heures). MM. Courmont et Doyon ont démontré que la toxine du tétanos ne produit aucun effet immédiat, même lorsqu'on l'injecte à hautes doses (200-300 cc.,) tandis que des doses impondérables de cette même toxine tuent un animal de même taille au bout de 24 heures.

Je ne veux pas insister sur la description des toxines : j'ai simplement voulu vous montrer comment les microbes pathogènes agissent par les produits solubles toxiques qu'ils sécrètent; que les toxines agissent à très faibles doses, même à des doses impondérables, en produisant des effets considérables. Nous devons remarquer qu'elles agissent absolument comme les ferments solubles ou zymases. Vous savez que de très petites doses de pepsine ou de diastase suffisent à transformer des masses assez fortes d'albumine ou d'amidon. Nous devons donc admettre par analogie que les toxines agissent sur l'organisme comme les ferments solubles sur nos aliments, en provoquant une modification dans les sécrétions cellulaires, une nutrition anormale.

D'autres propriétés rapprochent encore les toxines des ferments solubles : leur destruction par la chaleur, leur entraînement par les précipités inertes, leur précipitation par l'alcool sans coagulation; l'incubation nécessaire pour qu'elles manifestent leur action. C'est donc à juste titre que MM. Roux et Yersin ont comparé la toxine diphtérique à une diastase, que Courmont et Doyon, Vaillard et Vincent ont rapproché la toxine du tétanos des ferments solubles.

Défense de l'organisme. — L'organisme vivant se défend contre l'infection par un double mécanisme : la *phagocytose*, la sécrétion d'*antitoxines*. Je n'ai pas à vous faire l'étude de la phagocytose, lutte de l'organisme contre le virus animé, contre le microbe.

Les phagocytes, globules blancs ou cellules lymphoïdes, s'emparent, en émettant des pseudopodes, des microorganismes, les enveloppent et les détruisent. C'est Metchnikoff qui, en 1885, a mis en lumière cette fonction phagocytaire des leucocytes. D'après cet auteur la phagocytose est dévolue aux *leucocytes microphages*, globules blancs du sang, de la lymphe, qu'on trouve ainsi dispersés dans l'intimité des tissus; et aux *cellules macrophages* du tissu conjonctif et de la couche épithéliale des alvéoles pulmonaires, cellules qu'on retrouve aussi dans le foie et dans la rate.

La phagocytose a lieu non seulement vis-à-vis du microbe pathogène, mais encore pour tout corps étranger. Lorsqu'on dépose un virus en un point on voit les phagocytes affluer en ce point et déterminer une véritable fluxion. Cette propriété des amibes de se porter au devant de certaines substances a été appelée par Peffer *chimiotaxie*.

La chimiotaxie peut être positive ou négative. Certains agents entravent la chimiotaxie. Les anesthésiques : chloral, chloroforme, les acides, le froid. La grande virulence du

microbe entrave la chimiotaxie; il semble que le microbe secrète quelque chose qui repousse le phagocyte.

En même temps que se fait la phagocytose, on voit apparaître dans le plasma des substances antitoxiques qui combattent les effets des toxines sécrétées et détruisent les microbes.

Les *alexines* détruisent les microbes; les *antitoxines* annihilent les toxines.

La formation des antitoxines est une fonction de défense des cellules vivantes, fonction exaltée par la vaccination et qui permet aux animaux imumnisés d'entreprendre une lutte efficace contre le microbe et ses toxines.

Vaccination-immunisation. — L'immunisation contre les infections remonte à une époque déjà ancienne et a été pratiquée en Chine d'une façon empirique pour combattre la variole.

En 1721 lady Montagne importe en Europe cette pratique des Chinois, qui consiste à provoquer chez des personnes saines une maladie atténuée en leur inoculant le liquide des boutons de varioloïde, cette maladie atténuée préservant de l'atteinte ultérieure de la variole. Cette méthode fut alors pratiquée en Europe ou elle est connue sous le nom de variolisation. Elle n'est pas sans danger, car souvent on inocule la variole au lieu de provoquer la maladie atténuée.

C'est en 1774 qu'un fermier du Glocestershire, ayant remarqué que les filles de ferme, qui ont contracté le *cow-pox* en soignant les vaches, sont indemnes vis-à-vis de la variole, inocula sa femme et ses enfants avec le pus des bubons de ses vaches; cette idée reprise en 1796 par Jenner est entrée dans la pratique courante : c'était la vaccine.

Les mêmes idées empiriques, basées sur l'observation, que les malades guéris d'une première atteinte de peste, restent indemnes dans les épidémies ultérieures, ont fait tenter par White, Cerati, Clot Beg et Buland d'inoculer le pus des bubons, pour immuniser par un mécanisme analogue à celui de la variolisation; mais les essais furent déplorables et la méthode fut abandonnée.

Tous ces faits, toutes ces méthodes étaient purement empiriques et on ne savait pas ce qu'on faisait lorsqu'on vaccinait, ou lorsqu'on variolisait.

C'est Pasteur qui devait démontrer le mécanisme de la vaccination.

Grâce à ses méthodes de cultures, qui lui permettaient de faire des purifications de virus et d'obtenir des cultures successives, Pasteur a pu observer les variations de virulence des micro-organismes et régler les conditions de culture, de chauffage, d'action de certains antiseptiques, de passage daus l'organisme de certains animaux, qui permettent d'exalter et de diminuer la virulence.

Il a constaté le premier que l'inoculation d'un virus atténué immunise contre un virus de même nature très virulent. Poursuivant méthodiquement cette démonstration, il immunise successivement les animaux contre le choléra des poules, le charbon, la rage.

Il fait plus encore en recherchant la cause de l'immunité vaccinale. Est-ce une question cellulaire? Metchnikoff montre que sous l'influence de la vaccination la phagocytose est exaltée, ainsi que la chimiotaxie.

Est-ce une question chimique? Pasteur, en chimiste sagace, constate que les milieux de culture filtrés, réensemencés, sont inaptes au développement ultérieur des bacilles.

Est-ce par disparition d'un aliment utile? est-ce par formation d'un élément nuisible? C'est à ses élèves qu'il est donné de répondre. Comparant l'action vaccinante au mithridatisme, Calmettes, Physalix, entreprennent des recherches sur les venins et montrent que les venins atténués par la chaleur, la dilution, les antiseptiques, inoculés à faibles doses ont une action vaccinante vis-à-vis des venins très toxiques.

L'atténuation des virus et l'atténuation des venins sont donc comparables. Du reste, Pasteur a démontré que ce n'est pas le microbe qui vaccine. La culture filtrée sur porcelaine possède encore son pouvoir vaccinant.

Est-ce la toxine? Il semble que le vaccin diffère de la toxine : l'efficacité du vaccin n'est pas liée à la toxicité du milieu. Phisalix montre que le venin de vipère chauffé à 80° perd sa toxicité et conserve ses propriétés vaccinantes : l'échidnase, l'échidnotoxine sont détruites; l'échidnovaccin subsiste.

La vaccination excite l'activité phagocytaire et exagère la production des antitoxines. Le vaccin est un agent qui imprime à la cellule de l'économie une modification durable, qui lui permet de réagir contre l'intoxication. La substance vaccinante fait apparaître dans le sang des produits solubles antitoxiques.

Un certain nombre d'observations permettent de le démontrer. En 1877, Maurice Raynaud montre que le sang de génisse vacciné contre le cow-pox, immunise d'autres génisses vis-à-vis de cette maladie. En 1888, Ch. Richet montre que le sang d'un chien, qui a résisté à l'inoculation d'un streptocoque très virulent pour le lapin, immunise cet animal contre le dit streptocoque.

Il poursuit ses recherches du côté de l'immunisation contre la tuberculose et le cancer, tentatives qui ne lui donnent que des promesses.

Cette méthode se généralise; en 1890 Behring et Kitasato obtiennent un sérum d'animal vacciné contre le tétanos, qui immunise contre cette terrible affection. Vers la même époque Behring obtient les mêmes résultats pour la diphtérie. En 1891, Veillard et Roux en France reprennent les expériences sur le tétanos, et Roux étudie la sérothérapie de la diphtérie. Une méthode thérapeutique féconde sort de ces recherches de laboratoires, la sérothérapie est créée et entre dans la pratique courante. En 1896, Yersin vient y ajouter la sérothérapie antipesteuse; Calmettes avait déjà expérimenté la sérothérapie antivenimeuse ; Marmorek, Roger, la sérothérapie anti-streptococcique.

Je n'insisterai pas sur ces découvertes et leurs applications, qui ne sont pas de mon ressort.

Au point de vue chimique, nous savons fort peu de chose au sujet des vaccins. Ils semblent posséder les caractères des ferments solubles ou zymases. La chaleur les altère, les antiseptiques ne diminuent pas leur activité : ils paraissent difficilement dialysables précipitent par l'alcool fort sans se coaguler, sont solubles dans l'eau et la glycérine, toutes propriétés semblables à celle des ferments solubles. Autre point de ressemblance, ils agissent à doses infinitésimales et ont une très grande activité.

Nous n'en savons pas beaucoup plus sur la nature des antitoxines. Comme les albumoses elles précipitent par le sulfate d'ammoniaque à saturation ; elles ont aussi la plupart des propriétés des vaccins et des ferments solubles.

L'antitoxine confère à l'animal inoculé une immunité immédiate ; mais cette immunité n'est pas durable comme celle des vaccins. Chez un animal vacciné, les antitoxines se reproduisent constamment. On peut soutirer en quantité considérable du sang à un animal vacciné, sans observer de variation sensible dans le pouvoir antitoxique de son sérum.

Roux et Veillard ont montré que la toxine et l'antitoxine annulent leurs effets réciproques mais ne se détruisent pas. Un animal auquel on injecte un mélange de toxine et d'antitoxine de tétanos résiste à cette inoculation : si on vient à l'affaiblir en lui inoculant un autre microbe, il succombe au tétanos.

Même observation pour le sang antivenimeux. Un mélange de sérum antivenimeux et de venin est inoffensif ; si on le chauffe à 70° l'antivenin est détruit et le mélange reprend son action venimeuse.

Certains sangs toxiques, au contraire, perdent par le chauffage leur toxicité et l'on arrive ainsi à mettre en évidence une antitoxine qui confère l'immunité. C'est ce qu'on observe pour le sang de vipère, de crotale, de naja, de hérisson. (Phisalix)

La puissance des antitoxines est considérable. M. Veillard a déterminé cette puissance pour le sérum antitétanique. 1/100.000 cc. de toxine du tétanos tue une souris. 0 cc. 1 fait périr un cheval ; 1 cc. de culture filtrée tue 4 millions de fois son poids d'êtres vivants. (cheval).

La puissance antitoxique du sérum d'un animal immunisé est beaucoup plus considérable puisque 1 cc. de sérum annihile l'effet de 1,000 cc. de culture tétanique virulente. 1 cc. de sérum protégerait donc 4 milliards de grammes de cheval. On immuniserait 60,000 hommes avec 1 cc. de serum.

Si nous admettons que tout ce qui n'est pas de l'eau et des sels minéraux soit de l'antitoxine :

1 cc. de sérum contient moins d'un décigramme d'antitoxine. 1 cc. d'antitoxine protégerait au moins 600,000 hommes ; un quintillionnième de centimètre cube protège un gramme de souris.

Malgré ce pouvoir énorme du sérum antitoxique, il est impuissant à guérir le tétanos déclaré. Il n'a une action antitoxique réelle que lorsqu'on l'injecte pendant l'incubation de l'infection.

Les antitoxines s'éliminent constamment par le lait et les urines.

Les vaccins provoquent et excitent les moyens de défense de l'organisme : ils agissent en produisant des antitoxines et des alexines. Ils ne sont pas nécessairement spécifiques pour chaque virus. La vaccine immunisant contre la variole en est une preuve. C'est une question à l'étude non encore résolue. Il est très probable que les substances antitoxiques et bactéricides sont secrétées par les leucocytes, et que cette fonction est exaltée par la vaccination.

Principaux Médicaments internes employés en Gynécologie (1)

Par MM. les Drs F. Labadie-Lagrave

Médecin de la Charité.

et F. Legueu

Chirurgien des Hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Ergot de seigle — C'est le mycelium d'un champignon, du claviceps purpurea ; on l'appelle seigle ergoté.

On l'emploie sous forme de poudre ou d'extrait, en ergotine ou en ergotinine (Tanret).

En dehors de son action sur le cœur et sur les vaisseaux périphériques, l'ergot agit surtout sur les fibres musculaires lisses dont il détermine la contraction.

L'action de l'ergot sur l'utérus, action ecbolique, est d'autant plus marquée que l'utérus est plus riche en fibres musculaires ; c'est dire qu'au terme de la grossesse, cette action arrive à son maximum. Dans la contraction utérine provoquée par l'ergot, le centre

(1) Extrait du *Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie* qui paraît en ce moment à la Librairie F. Alcan.

lombo-dorsal sous la dépendance duquel se trouve l'utérus, est excité soit directement, soit par suite d'une anémie médullaire. Toutefois, cette intervention nerveuse centrale n'est pas absolument nécessaire puisque ces contractions se produisent encore plus tardivement, lorsque l'utérus a été privé de ses connexions nerveuses.

Applications. — L'ergot possède une action hémostatique universelle, mais cette action est particulièrement efficace dans les hémorragies utérines post-partum. En dehors des suites de couches, l'ergot réussit encore, bien que la contraction utérine n'intervienne plus avec autant de force pour se combiner avec la contraction musculaire. Quelques auteurs ont même affirmé que l'ergot de seigle n'avait plus qu'une action très restreinte dans les hémorragies utérines en dehors de l'état puerpéral alors qu'il n'y a pas de développement de l'élément musculaire. Peronnier et Goûpil furent les premiers qui insistèrent sur la propriété hémostatique de l'ergot dans les ménorrhagies.

Trousseau montre que l'ergot détermine des contractions douloureuses de la matrice et que ces contractions douloureuses, véritables coliques utérines, peuvent être assez fortes, mais sont toujours passagères et elles se produisent toujours quel que soit l'état de l'utérus.

Quant aux doses du médicament, elles peuvent être assez variables. Aujourd'hui, il est préférable de prescrire l'ergotine, de préférence à la poudre d'ergot, si rapidement altérable.

Les doses doivent d'abord être faibles au début; et si elles sont insuffisantes, elles doivent être augmentées et renouvelées à intervalles réguliers jusqu'à production de leur effet.

Dans les états congestifs chroniques de l'utérus avec augmentation de volume, on a également employé avec succès l'ergot de seigle; l'emploi doit être un peu prolongé. Le mode d'emploi est le même : c'est la contraction des petits vaisseaux utérins et même la contraction du muscle lui-même.

L'ergot peut, par le même mécanisme, combattre l'aménorrée, la leucorrée qui s'accompagne d'un léger écoulement sanguin. Mais dans tous ces états, l'ergot ne doit pas être employé sans distinction; il possède surtout la valeur d'un médicament symptomatique et il faut, avant tout, déterminer la cause de ces désordres, procéder à un examen local minutieux et combattre l'infection chronique qui les détermine le plus habituellement.

Par les contractions que l'ergot détermine dans l'utérus on peut arriver à réduire peu à peu le volume d'un fibrome, si l'on prolonge longtemps le traitement. On ne doit pas cependant s'attarder longtemps avec de hautes doses qui peuvent avoir des inconvénients sérieux. Il faut, au contraire, s'en tenir aux petites doses longtemps prolongées pour agir sur les vaisseaux et amener une contraction modérée de l'utérus.

Mode d'administration. — L'ergot peut être administré par diverses voies, on l'a même employé en injections locales, mais c'est aux injections sous-cutanées que la plupart des auteurs donnent la préférence.

Hildebrandt (*de Kœnigsberg*) a ainsi rapporté neuf cas de fibromes utérins pour lesquels il employa une solution aqueuse d'extrait d'ergot (3 parties d'extrait pour 7 d'eau distillée et 7 de glycérine). Les piqûres sont faites sur la paroi abdominale au voisinage de l'ombilic, parce qu'elles entraînent moins de douleur. Dans un cas la tumeur, qui avait le volume de l'utérus au septième mois de la grossesse, disparut après quinze semaines, pendant lesquelles on avait fait tous les jours des injections, sauf pendant la période menstruelle. Dans les huit autres cas, on a noté seulement une grande amélioration. Emmet a employé ce mode de traitement dans un certain nombre de cas; il y eut, dans plusieurs, une diminution notable de la tumeur, qui, dans aucun cas, ne disparut

entièrement. L'usage de l'ergot doit être continué pendant fort longtemps. Les résultats, en dehors de la diminution de volume observée, consistent dans l'arrêt de l'écoulement sanguin, et dans l'amélioration des symptômes subjectifs. Dans quelques cas cependant l'ergot, sans qu'on sache pourquoi, paraît augmenter la tendance à l'hémorragie.

Gossypium herbaceum. — Beaucoup de tentatives ont été faites pour trouver un succédané de l'ergot de seigle, dont on a cherché à éviter les actions secondaires désagréables et particulièrement les phénomènes de migraine spasmodique, dont souffrent fréquemment les femmes qui font usage de ce médicament.

Il y a quelques années (1880) Prochownick fit connaître l'emploi de la racine de gossypium, connue à tort comme remède abortif. Il se livra aussitôt à des expériences et proposa de l'essayer dans la pratique obstétricale et gynécologique.

Le gossypium herbaceum est bien loin de valoir l'ergot comme moyen ecbolique : il agit beaucoup plus lentement, il faut l'employer à fortes doses, mais son grand avantage est de ne pas provoquer de phénomènes accessoires. Prochownick l'a employé contre les hémorragies de toute sorte, après l'avortement par exemple, alors que l'hémorragie avait persisté malgré l'extraction des débris de membranes. Le gossypium a arrêté aussi d'une façon remarquable des hémorragies utérines provenant de myomes. L'action était semblable à celle que peuvent produire les injections pendant les règles.

Prochownick a vu une diminution considérable des hémorragies dans tous ces cas, et au bout d'un à deux mois les myomes diminuaient de volume comme avec l'ergotine.

Les Américains ont encore employé ce remède dans les cas d'aménorrée, à l'époque de la ménopause.

Prochownick, dans la pratique obstétricale, se sert d'une infusion de 3 à 5 grammes dont il donne une cuillerée à thé, toutes les demi-heures, pendant la période d'expulsion ; en gynécologie, il se sert d'une infusion de 5 à 10 grammes ; l'infusion fraîche ainsi que l'extrait fluide américain donnent les meilleurs résultats.

La racine de gossypium ne peut être comparée à l'ergot de seigle au point de vue de l'intensité des contractions qu'elle provoque et de son action hémostatique. Pour produire des effets d'égale intensité, il faut employer des doses beaucoup plus fortes et pendant beaucoup plus longtemps. Mais c'est là une des circonstances qui rendent le remède inoffensif, même lorsqu'il est employé pendant l'accouchement.

Au contraire, en gynécologie, où l'on n'a pas besoin d'une action très rapide, en général, le gossypium peut rendre de grands services et remplacer l'ergotine dans presque tous les cas, ayant sur elle l'avantage d'agir d'une façon plus continue sans phénomènes désagréables.

Sabine. — On a attribué des propriétés abortives à une espèce de genévrier (juniperus sabina) qui croît principalement dans les contrées méridionales de l'Europe et dont les feuilles contiennent un suc isomère de la térébenthine, c'est la sabine.

Les propriétés de la sabine paraissent avoir été connues, en partie, des anciens qui parlent de son action abortive. Au XVIII[e] siècle, il est beaucoup question de sa vertu emménagogue qui, avec son action abortive, fut déjà l'objet de vives discussions.

La sabine a été rangée parmi les poisons stupéfiants et convulsivants du système nerveux : elle détermine en même temps une vive irritation qui se traduit par une congestion intense de tous les viscères. La congestion des trompes et des ovaires n'est qu'un cas particulier de cette action congestive qui porte sur tous les organes ; quant à son action

excito-motrice sur l'utérus, elle n'est pas démontrée et n'est admise que par un petit nombre d'auteurs.

La sabine n'est que rarement employée aujourd'hui et elle l'est surtout à titre d'emménagogue. La propriété d'emménagogue a été contestée par Gendrin, Aran, Beau, Hamelin, qui déclarent n'avoir jamais obtenu personnellement, à ce point de vue, aucun avantage de l'usage de la sabine.

Cependant, à en juger par les anciennes observations, il n'est pas douteux que la sabine ne possède réellement la propriété de rétablir les règles, au moins dans certaines conditions bien déterminées. On recommande, en effet, de la prescrire surtout dans l'aménorrée liée à l'atonie générale et locale ; par son action vasculaire et congestionnante, elle peut stimuler la fonction languissante. C'est dire qu'elle est contre-indiquée toutes les fois que l'aménorrée est liée à un état congestif des organes génitaux.

La sabine ne paraît pas posséder de propriétés ecboliques propres ; si son emploi a pu réussir à provoquer l'avortement, c'est après avoir amené des perturbations générales intenses en même temps qu'une congestion de tout l'appareil génital. Quelques auteurs, Hamelin entre autres, ont insisté sur les services que peut rendre la sabine dans les métrorragies même pendant le cours de la grossesse. Mais toutes les observations qui ont été faites sur cette propriété antihémorragique n'ont été corroborées par aucune expérience physiologique et l'emploi de la sabine dans ces cas est absolument empirique.

En dehors donc de ces propriétés emménagogues qui peuvent être encore utilisées, son action multiple, incertaine, irritante sur l'estomac et sur la plupart des viscères en fait une substance dangereuse à manier à partir d'une certaine dose.

Les préparations utilisées sont, d'abord, la poudre, dont l'action est très infidèle, parce que la quantité du principe actif, qui paraît être l'essence, varie dans de grandes proportions. La poudre est employée aux doses de 25 centigrammes à 1 gr. 50 ou 2 grammes par jour, en plusieurs fois, mêlée à un mucilage ou incorporée dans du miel.

L'infusion se fait avec 1 à 5 grammes de feuilles fraîches par litre d'eau édulcorée avec un sirop. Le tout se prend par tasses dans le courant de la journée. Cette infusion peut d'ailleurs se faire plus concentrée.

L'huile essentielle est employée à la dose de 2 à 20 gouttes, en pilules ou dans une potion. Habituellement elle est associée à l'essence de rue, en quantité moitié moindre, et, pour masquer le goût, on ajoute de l'essence de menthe ou d'anis.

La Rue. — La rue (ruta graveolens) était connue des anciens, qui lui attribuaient des propriétés abortives et antiaphrodisiaques. On peut dire aujourd'hui que l'usage de cette drogue est à peu près complètement tombé en désuétude et qu'il n'existe plus que dans la pratique clandestine des avortements. A faibles doses, la rue ne produit pas d'effet topique appréciable sur la muqueuse digestive et ne provoque pas de troubles généraux graves. Elle favorise l'apparition des règles lorsqu'elle est donnée aux approches de la période menstruelle, par suite de l'excitation de l'appareil musculaire utéro-ovarien qu'elle produit. S'il s'agit d'hémorragies passives, la contraction provoquée peut arrêter l'écoulement sanguin. A doses plus considérables, la rue possède une action stupéfiante sur le système nerveux ; enfin, lorsqu'il s'agit de doses toxiques, on observe des troubles graves, de l'irritation gastro-intestinale, et l'avortement, qui ne se produit qu'après plusieurs jours d'usage. Après l'accouchement, on a vu la rue hâter l'expulsion du placenta comme le fait l'ergot. Des doses considérables amèneraient des contractions très énergiques de l'utérus, sans congestion. Mais en même temps les troubles fonctionnels de divers appareils sont tels que l'avortement semble représenter le terme ultime du syndrome

produit par le toxique. C'est dans ces cas que les malheureuses succombent dans le collapsus avec des symptômes de congestions viscérales multiples. Lorsque après avoir subi cette série d'accidents graves, les malades se remettent, elles entrent dans une période d'accidents typhoïdes qui paraissent dus à la fois aux lésions gastro-intestinales et à l'infection consécutive à l'avortement.

Comme emménagogue, la rue a été très employée en dehors de toute intervention médicale.

La rue serait surtout indiquée dans le cas d'aménorrée liée à un état de torpeur de l'appareil utéro-ovarien, lorsque, par exemple, l'aménorrée ne retentit pas sur l'économie entière, qu'elle ne provoque pas de troubles généraux, lorsqu'elle est accompagnée d'une congestion ou d'un état de contraction insuffisant de l'utérus.

Quant à son emploi comme ecbolique, pour favoriser les contractions utérines et l'expulsion du produit, en cas d'accouchement, ou d'avortement, on doit s'en tenir aux règles formulées dans l'emploi de l'ergot. Suivant la règle générale, on ne doit administrer aucune substance ecbolique, avant que l'utérus soit complètement vide.

Enfin, la rue peut être employée après l'accouchement pour favoriser l'involution utérine.

Mode d'administration. — La poudre est employée à la dose de 10 centigrammes à 2 grammes, soit seule, soit associée à d'autres substances réputées emménagogues ; on débutera toujours par des doses minimes.

L'infusion se prépare avec 50 à 100 grammes de feuilles pour un litre d'eau qu'on prend par petites tasses, dans la journée, convenablement sucrée.

L'essence de rue, obtenue par la distillation des feuilles fraîches, s'emploie aux doses de 2 à 10 gouttes dans une potion ou dans un verre d'eau sucrée ; on ajoute une à deux gouttes d'essence de menthe pour masquer le goût.

(*A suivre*).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 Juin 1898,

Présidence de M. PORTES, vice-président

La correspondance comprend une lettre de M. MODIANO, concernant *un cas de hoquet guéri par des lavages de l'estomac.* La malade observée par l'auteur présentait depuis quelques années des crises de hoquet revenant tous les jours, n'ayant aucun rapport avec les heures des repas, n'apparaissant qu'à l'état de veille et cédant à l'ingestion d'un peu d'eau. Quelquefois cet état se compliquait de régurgitations acides. Un examen avec le tube Faucher montra que l'estomac contenait à peine un peu de liquide acide. M. Modiano supposant une modification pathologique de la muqueuse gastrique, voulut essayer des lavages intra-stomacaux avec une solution de nitrate d'argent : auparavant, il commença par faire quelques lavages à l'eau simple, Cette intervention suffit, car le hoquet disparut pour ne plus revenir au 26e lavage; aussi le nitrate d'argent ne fut-il pas employé.

M. BARDET se félicite du résultat obtenu, cela surtout à cause des lavages au nitrate d'argent que l'auteur avait l'intention de faire. Il est certain qu'une intervention de ce genre eût pu avoir des conséquences fâcheuses chez une malade atteinte, selon toute probabilité, d'hyperchlorhydrie.

M. DUBOUSQUET-LABORDERIE présente un travail sur *l'action thérapeutique de l'essence de niaouli.* Le niaouli, ou *Melaleuca viridiflora,* est un arbre de la Nouvelle-Calédonie, dont on extrait une essence rappelant l'essence d'eucalyptus ; comme ce dernier produit est beaucoup moins cher que l'essence de niaouli, il sert à adultérer celle-ci. On doit donc, si l'on veut obtenir les effets vraiment attribuables au niaouli, bien s'assurer de la provenance de la drogue. On sait que la Nouvelle-Calédonie renferme de vastes marécages, mais que la malaria y est inconnue. On suppose que les feuilles qui tombent des niaoulis dans l'eau des marais, se décomposent et dégagent l'essence qui aurait une action spécifique sur le poison malarique. M. Dubousquet n'a pas eu l'occasion de vérifier le bien-fondé de cette hypothèse, mais il a sur une centaine d'autres malades, expérimenté l'action de l'essence rectifiée.

1° *Tuberculose pulmonaire.* L'essence de niaouli prise par voie stomacale, est absolument inoffensive : il n'est jamais nécessaire d'interrompre la médication par suite de phénomènes d'intolérance. On peut donner jusqu'à 10 capsules par jour, de 0 g. 25 chaque. Pour les injections hypodermiques, on se servira d'une émulsion huileuse au cinquième.

Les effets sont remarquables dans la tuberculose au premier degré : les malades cessent de tousser et d'expectorer, leur poids augmente, la fièvre cesse. L'effet siccatif sur les sécrétions bronchiques dépasse même parfois le but, car l'expectoration fait quelquefois place à de la congestion et à de la dyspnée. Aussi faut-il, par prudence, s'abstenir de prescrire le niaouli quand existe une période aiguë.

2° En cas de *coryza et d'amygdalite,* les inhalations d'essence de niaouli produisent des effets sédatifs remarquables.

3° Les *affections de l'appareil urinaire* sont de même favorablement influencées : l'auteur a même observé dans un cas, la disparition de l'albuminurie pendant que le malade prenait du niaouli. En cas de *cystite et de prostatite,* on fera des lavages avec une solution aqueuse à

2 0/0 de niaouli. En cas de *blennorrhagie* on prescrira des injections de cette même solution et on administrera en même temps des capsules d'essence à l'intérieur.

4° Dans les cas de *rhumatisme* et de *névralgies*, on obtiendra d'excellents effets avec des frictions d'essence de niaouli, *loco dolenti*.

5° En cas de *plaies*, on fera des applications d'une solution de niaouli à 5 0/0; en cas de *brûlures*, une solution à 10 0/0 produira une sensation de fraîcheur agréable et hâtera la guérison.

En résumé, l'essence de niaouli, à condition d'être très pure, pourra être utilisée à des doses beaucoup plus élevées que l'eucalyptol et ses dérivés.

MM. Le Gendre et Désesquelle présentent une note concernant *la toxicité du naphtol B camphré*. Ce médicament, fréquemment utilisé en injections hypodermiques dans les cas de tuberculose péritonéale et d'abcès par congestion, doit être manié avec une grande prudence : on a souvent observé des accidents graves se manifestant sous forme d'accès épileptoïdes ou de syncopes, à la suite de l'emploi de doses élevées. Certains auteurs sont allés jusqu'à injecter 45 gr. en une seule fois : cette dose est beaucoup trop élevée, et la variabilité de l'action du naphtol camphré force à tâter, dans chaque cas particulier, la susceptibilité du malade. La dose maniable, au début du traitement, ne doit pas dépasser 5 gr. pour un adulte. Il faut en outre laisser passer quelques jours avant de procéder à une nouvelle injection, car l'élimination du médicament est lente : il est probable que le camphre s'élimine avant le naphtol.

En suppositoires, on ne devra pas dépasser la dose de 0 gr. 35.

M. Bardet présente une note à M. Frémont, concernant le *traitement de l'ulcère de l'estomac*. — L'auteur a produit l'ulcère simple chez des animaux, avec ou sans perforation. Ces expériences ont démontré que le facteur principal de l'ulcère est l'hyperacidité du suc gastrique. Les cas d'artérite et d'embolie sont rares : le plus souvent, l'ulcère est dû à l'exagération de l'activité digestive du suc gastrique.

La sécrétion du suc gastrique est continue : il faut donc chercher, en cas d'ulcère, à enlever à ce suc toujours présent son activité digestive. Pour ce faire, nous disposons de deux moyens : le régime lacté, qui fixe l'acide chlorhydrique, les alcalins qui le neutralisent. Un suc gastrique neutralisé ne digère pas. Il faut en outre recouvrir l'ulcère pour l'empêcher d'être en contact avec le suc gastrique.

Pour neutraliser complètement le suc gastrique, il faut rapprocher et diviser les doses quand les accidents sont aigus. On donnera au commencement une forte dose d'alcalins dans deux ou trois cuillerées de lait tiède, puis on prescrira toutes les 30 minutes, pendant vingt heures consécutives, une cuillerée à soupe de lait avec un paquet renfermant :

Magnésie calcinée.	0 gr 05
Craie préparée	0 gr. 05
Sous-nitrate de bismuth . . .	0 gr. 10
Bicarbonate de soude.	0 gr. 20

Ne pas hésiter à augmenter les doses si la douleur n'est pas calmée.

L'*alimentation exclusive par le rectum* constitue pour l'auteur une pratique détestable : le mal fait des progrès rapides dès que le suc gastrique n'est pas neutralisé.

Plus la température du lait se rapprochera de 38°, moins il excitera l'estomac.

Les doses énormes de bismuth sont inutiles : lorsqu'on sait où est l'ulcère, il est facile d'indiquer au malade la position à prendre, après l'ingestion, pour que la poudre protectrice vienne s'étaler sur le point malade.

En cas d'hémorragies même répétées, on devra jamais donner de petits morceaux de glace : le froid inégal et non permanent augmente beaucoup la sécrétion stomacale. La vessie de glace sur l'estomac, dont l'action est continue, est bien préférable.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Carpus curvus. Traitement, par P. DELBET. (*Académie de Médecine*, 7 juin 1898). — C'est une déformation peu connue du poignet, qui consiste dans une sorte de luxation du carpe en avant, les os de l'avant-bras glissant en arrière. Le *carpus curvus* est en réalité formé par la luxation du cubitus en arrière, avec incurvation simple du radius. La main est renversée sur le bord cubital. C'est une affection de croissance, de même type que le genu valgum. Si l'affection est très accusée, on la traitera chirurgicalement, en faisant l'ostéotomie du radius, qui permet d'obtenir la réduction de la luxation cubito-pyramidale par simple pressionsur le pisiforme. La déformation du poignet disparaît entièrement.

AUG. BENOIT.

Néarthrose cléido-humérale, par M. OLLIER. (*Académie des Sciences*, 31 mai 1898.) — Dans un cas où l'extrémité supérieure de l'humérus et l'omoplate entière faisaient défaut, les bras ne tenant plus au tronc que par des parties molles, l'auteur a réussi à articuler l'humérus avec la clavicule. Grâce à de nouvelles insertions musculaires créées par lui, pour favoriser le jeu de cette nouvelle articulation, il a pu rendre au bras et à la main des mouvements auparavant impossibles malgré l'emploi d'un appareil prothétique.

AUG. BENOIT.

Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle par, M. DELBET. (*Société de chirurgie*, 1er juin 1898). — M. DELBET fait connaître deux cas vérifiés par lui, de torsion du mésentère ayant occasionné un étranglement aigu. Dans l'un de ces cas il fit l'entéro-anastomose et le malade succomba. Dans l'autre, après éviscération totale, il put faire la détorsion en faisant décrire à la masse de l'intestin grêle un tour et quart de spire. Le malade mourut quelque temps après l'opération, de broncho-pneumonie. Ces cas seraient donc assez fréquents. Comme le prouverait l'une des observations, les accidents d'obstruction aiguë peuvent mettre huit à dix jours à s'établir progressivement.

AUG. BENOIT.

Suture circulaire de l'intestin, avec des cylindres de caoutchouc, par W. HALSTED. (*The Philadelphia medical Journal*, no 2, vol. 1, 1898). — Procédé qui dérive de celui des boutons anastomotiques de diverses substances et qui en diffère cependant complètement, en ce que l'emploi du cylindre est tout momentané. L'auteur, après avoir fait des résections intestinales nombreuses chez le chien, a constaté que la suture était d'une exécution plus facile lorsqu'un ballon cylindrique gonflé dans la lumière de l'intestin, empêche l'enroulement des bords et rapproche surtout les calibres inégaux. Voici comment il opère : choisir avec soin pour placer ses sutures, des points *dépourvus de vaisseaux*, fait capital, si l'on veut conserver la vitalité des deux bouts. On place tout d'abord le point mésentérique, de part et d'autre du bord mésentérique de l'intestin. Ce chirurgien a adopté les points en V pour toutes ses sutures circulaires. Ces points partent donc de l'un des bouts à réunir, traversent l'autre bout perpendiculairement au grand axe de l'intestin sur quelques millimètres, pour revenir à leur point de départ sur le premier bout. Tous les fils sont placés avant que d'être serrés et ils passent franchement dans la tunique sous-muqueuse de l'intestin. Quant au ballon de caoutchouc, après avoir mis le point mésentérique et deux points d'attente aux extrémités d'un diamètre transversal, il est introduit dégonflé dans les deux bouts, puis gonflé au moyen d'une pompe foulante, qui le remplit d'air. Ceci fait, l'intestin est bien tendu et tous les points de la suture circulaire sont exécutés. Avant de serrer les deux derniers, on laisse échapper l'air que contient le cylindre et on retire sans effort le ballon, en tirant sur le tube qui le relie à la

pompe seringue. Il ne reste plus qu'à suturer les bords du triangle mésentérique que l'on a enlevé. Voici, résumés, les avantages que l'auteur réclame pour sa méthode.

I. Arrêt des mouvements vermiculaires de l'intestin bien fixé sur son cylindre, d'où facilité d'exécution des points de suture en bonne place.

II. Possibilité d'unir deux conduits de calibres inégaux.

III. Suppression d'au moins 2 aides.

IV. Contention parfaite des matières intestinales et préservation des doigts de l'opérateur, d'où danger d'infection moindre.

V. Chez le chien, 5 ou 6 minutes suffisent pour faire la suture.

VI. Inutilité de manipuler longuement l'intestin, le tube conducteur de la pompe servant à l'élever et à le mouvoir.

VII. L'opération pourrait être faite sans un seul assistant.

VIII. Excellents résultats donnés par cette suture.

AUG. BENOIT.

Sutures tendineuses et nerveuses. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, mai 1898). — BUDINGER conseille au patricien de ne plus négliger, à l'avenir, d'intervenir dans les cas de traumatisme intéressant des nerfs ou des tendons: dans l'état actuel de la science, ces interventions sont en général très faciles et très profitables au malade.

1° *Sutures des tendons* : Quand il s'agit de tendons à suturer, l'anesthésie générale n'est pour ainsi dire jamais nécessaire : dans les cas compliqués, on s'adressera à l'anesthésie locale. Malgré ces conditions favorables, les praticiens s'empressent trop souvent de suturer, en cas de plaie où des tendons se trouvent lésés, la peau seule; bien plus, la suture cutanée sera faite avec une minutie extrême, les points de suture très rapprochés; les tendons sous-jacents, déchirés par le traumatisme, ne sont souvent pas même examinés.

Il faut donc, en cas de plaie dans une région à tendons, s'assurer, avant de suturer la peau, que les tissus profonds ne présentent aucune solution de continuité : ceci fait, il faut s'efforcer de traiter antiseptiquement la plaie avant de recoudre la peau, et ne procéder à cette opération que dans les cas où on peut affronter les lèvres de la plaie sans exercer de tractions pouvant compromettre la nutrition du champ opératoire.

Il arrive souvent aussi que le praticien fait une « *suture provisoire* » de la peau, et envoie ensuite le patient chez un chirurgien : Büdinger ne trouve que des inconvénients à cette manière de faire: mieux vaut ne pas intervenir du tout.

Le diagnostic de la section d'un tendon est en général facile, mais il faut tenir compte du fait que le malade n'ose pas, en général, exécuter les mouvements qu'on lui ordonne de faire, crainte de provoquer des douleurs : d'autres fois au contraire (extenseurs de la main p. ex.), on trouvera des mouvements conservés par suppléance, en aval d'un point où le tendon a été sectionné. Enfin, un tendon, sectionné aux trois quarts, suffira pour imprimer des mouvements à la région qu'il commande, mais il se déchirera plus tard à la première occasion et la fonction sera supprimée. Donc, au moindre doute, on explorera la plaie à fond avant de suturer la peau.

Les tendons peuvent aussi se rupturer, comme l'on sait, sans que la peau soit intéressée, mais ces cas sont plutôt rares.

Une suture tendineuse doit être exécutée aussi tôt que possible après l'accident : comme il a été dit plus haut, la narcose doit être évitée autant que possible ; si la narcose s'impose, elle doit être profonde pour éviter des contractions musculaires brusques pouvant tirailler les points de suture: elle sera ainsi maintenue jusqu'à ce que le pansement soit terminé.

Dans la recherche des bouts de tendon rétractés, il faut toujours se guider par la vue : on fera des incisions longitudinales pour faciliter cette recherche, bien que ces incisions donnent toujours des cicatrices beaucoup plus considérables que des incisions transversales.

Pour éviter une synéchie entre la peau et le tendon, il faut inciser la peau, non pas sur le milieu du tendon, mais un peu latéralement à ce dernier.

Les sutures seront faites à la soie : le choix des aiguilles semble de peu d'importance ; l'auteur conseille de recourir à la méthode de Haegler (clinique chirurgicale de Bâle), pour obtenir des sutures résistantes. La description de cette méthode nous entraînerait trop loin.

La suture de la peau sera aussi lâche que possible, de façon à permettre l'écoulement des liquides et à éviter les synéchies.

2° *Sutures des nerfs*. Le diagnostic est souvent des plus difficiles à cause des anastomoses avec des rameaux nerveux provenant de troncs voisins : en outre, les malades qui viennent de subir un traumatisme ne donnent pas toujours, au point de vue de l'état de leur sensibilité, des renseignements bien exacts.

La tendance à la rétraction étant ici minime, on n'aura pas de ce chef de grandes difficultés à vaincre. Il faut autant que possible éviter de suturer le nerf lui-même.

Le traitement consécutif ne doit pas négliger l'état du muscle innervé, car il arrive facilement que les fonctions du nerf se rétablissent entièrement et que dans le même temps le muscle innervé s'atrophie.

Aussitôt le premier pansement enlevé, il faut par tous les moyens connus, lutter contre cette atrophie toujours à craindre et en prévenir l'apparition.

En tous cas, la régle impérieuse est d'intervenir de suite, comme pour les tendons.

E. VOGT.

L'anesthésie locale. *(Klin. ther. Wochenschrift*, n° 18, 1898). — RUBINSTEIN a utilisé la méthode par infiltration de Schleich dans 200 opérations environ : elle présente l'avantage de permettre à chacun d'intervenir sans aides: mais un apprentissage est fort nécessaire, et l'on ne doit pas, dès le début, se risquer à utiliser la méthode pour des opérations d'une certaine importance. La capacité des seringues varie de 2 à 30 ccm.; la longueur des canules peut atteindre 12 cent.

Dans 75 cas, le résultat n'a pas été satisfaisant. L'anesthésie du champ opératoire, en cas de bubon inguinal, est difficile à obtenir, sans doute à cause de l'œdème inflammatoire ; la même difficulté se rencontre quand il s'agit de soumettre le genou à des tiraillements forcés : l'opération est alors indolore jusqu'au moment où on veut imprimer un mouvement d'abduction forcée. Dans les cas de large-ouverture de l'articulation du genou, par exemple, cette dernière manœuvre n'est pas supportée par le patient.

Dans tous les autres cas, l'anesthésie a été irréprochable. Si l'on doit se servir du Paquelin, il faut tout spécialement opérer avec soin. Si l'on anesthésie le pénis, on peut voir survenir des thromboses lymphatiques ou veineuses, spécialement quand le liquide injecté a été additionné de morphine. Les injections iodoformées dans les foyers tuberculeux sont admirablement supportées grâce à la méthode de Schleich, ainsi que les opérations sur les os ou la moëlle osseuse, à condition de procéder à une infiltration sous-périostée.

E. VOGT.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Sur la gastralgie, par G. HAYEM. (*Journal des Praticiens*, n° 23. p. 353, 1898). — Il faut réserver le nom de gastralgie à une douleur généralement violente, parfois atroce, se présentant par crises, dans l'intervalle desquelles il y a l'apparence de la santé ou tout au moins absence de phénomènes douloureux.

La gastralgie est un phénomène nerveux au premier chef, suffisant pour caractériser une forme névropathique de la maladie où elle se montre.

I. — Lorsque la gastralgie se montre dans le cours d'une lésion organopathique, elle peut-être liée directement à la lésion stomacale : gastro-névrose organopathique à symptômes gastriques, ou bien elle est sous la dépendance d'une névrose secondaire d'origine centrale, de la neurasthénie par exemple.

II. — Lorsque la gastralgie est sans rapport direct ou indirect avec une lésion stomacale, on se trouve en présence d'une gastro-névrose protopathique ou deutéropathique.

Les gastro-névroses organopathiques se subdivisent en deux sections.

a) Gastro-névroses organopathiques à symptômes gastriques : c'est la névralgie symptomatique d'une lésion (ulcère, cancer, gastrite alcoolique, gastrite simple transformée en gastropathie douloureuse par l'abus des médicaments; cet abus est de beaucoup la cause la plus fréquente de la gastralgie symptomatique).

b) Gastro-névrose organopathique à symptômes centraux. — La gastropathie, plus ou moins ancienne, fait naître une névrose secondaire chez un sujet prédisposé (le plus souvent, il s'agit de neurasthénie). A son tour cette névrose retentit sur la gastropathie et transforme une dyspepsie commune en une dyspepsie douloureuse: C'est une forme réactionnelle individuelle. Ces faits sont décrits par les auteurs comme représentant la gastralgie de l'hystérie, de la neurasthénie. La gastropathie antécédente est le plus souvent méconnue et la névrose centrale considérée comme primitive.

La deuxième classe de gastralgie est celle des gastro-névroses proprement dites, c'est-à-dire des douleurs qui paraissent indépendantes de toute lésion stomacale, de tout état gastropathique.

Elles se divisent également en deux sec-

tions : gastro-névroses protopathiques et gastro-névroses deutéropathiques.

Dans les cas de la dernière section se rangent les manifestations gastriques liées à une maladie du système nerveux (hystérie, neurasthénie primitive, tabes) mais le retentissement de la névrose sur l'estomac ne se fait pas sans causes particulières.

Le plus souvent la lésion nerveuse est périphérique, extra stomacale et la gastralgie est dite alors d'ordre reflexe (affections utérines, rein mobile, appendicite chronique).

Aux gastro-névroses protopathiques se rattacherait la gastralgie essentielle, qui serait la vraie névrose gastrique, c'est-à-dire une affection douloureuse paraissant être l'expression d'une affection primitive des nerfs sensibles de l'estomac. En réalité, il s'agit le plus souvent de malades hyperchlorhydriques, atteints de gastrite parenchymateuse, et parfois chez eux les douleurs sont exagérées par l'abus des alcalins à hautes doses. Dans l'intervalle des crises la gastrite est latente. Le traitement consiste essentiellement dans le repos absolu au lit, pendant toute la durée de la crise gastralgique, dans un régime sévère et autant que possible dans le régime lacté, restreint, surtout quand il y a dilatation, — dans l'application en permanence d'un maillot humide, chaud ou froid, dans un pansement au bismuth (20 gr.) avec lavage préalable, s'il y a dilatation.

Dans l'intervalle des crises, on doit soumettre les malades au traitement de la gastrite parenchymateuse.

G. Lyon.

Hydrothérapie de l'ulcère rond de l'estomac. (*Blätter f. Klin. Hydrotherapie*, mai 1898). — Le Pr Winternitz admet que pour qu'un ulcère stomacal se forme, il faut une diminution de l'alcalinité du sang et des troubles circulatoires locaux par influence du système nerveux, combinés à l'action d'un suc gastrique hyperacide. La forme de l'ulcère stomacal, qui rappelle celle du mal perforant plantaire, semble prouver que le système nerveux joue un rôle prépondérant dans la genèse de l'affection : la démonstration indirecte de cette hypothèse se trouve dans l'efficacité des pratiques hydrothérapiques dans le traitement de l'ulcère rond.

L'hydrothérapie a pour tâche, dans les cas de ce genre, de chercher à faire disparaître l'état spasmodique du système vasculaire de la muqueuse stomacale. Dans ce but, on prescrira des bains de siège de 10 à 12° c., de 3 à 5 minutes de durée, des enveloppements froids humides de la région abdominale, l'application de tubes de Leiter à eau froide sur la région cardiaque. Parmi les symptômes qui cèdent le plus facilement à ce traitement, il faut citer en premier lieu la cardialgie et les hématémèses.

L'ingestion de pilules de glace constitue un moyen précaire pour combattre l'hématémèse : mieux vaut recourir à l'introduction de liquides froids dans le rectum ; on abaisse ainsi la température intra-stomacale (expériences de l'auteur) et on provoque une contraction intense des vaisseaux ; cette contraction n'est que momentanée et ne peut, par conséquent, entraver la guérison de l'ulcère tout en étant suffisante pour arrêter l'hémorragie. Il suffit, pour obtenir un résultat certain, d'introduire de petits morceaux de glace dans le rectum.

E. Vogt.

Action de quelques médicaments sur l'estomac. (*Congrès franç. de méd. int.* in *Rev. méd.*) par M. Frémont. — L'estomac isolé de l'œsophage et de l'intestin permet d'étudier l'action des médicaments gastriques avec une précision qui n'avait pu être atteinte avant cette innovation, car l'estomac isolé ne se vide pas dans l'intestin et ne reçoit pas de salive.

Le vin, la gentiane, le condurango, le chardon-bénit, le houblon, le simarouba, le ményanthe, la strychnine, le colombo, le quassia amara, la pilocarpine, introduits dans l'estomac isolé, modifient la sécrétion. Si l'acidité totale A T, le chlore total T du suc gastrique sécrété avant l'expérience est 100, on trouve après l'excitation médicamenteuse :

	Acidité totale A T. —	Chlore total T. —
Vin	489	267
Gentiane	352	227
Condurango	240	144
Chardon bénit	215	223
Houblon	191	192
Simarouba	184	190
Ményanthe	161	175
Strychnine	143	119
Colombo	140	136
Quassia amara	117	117
Pilocarpine	107	112

Ces résultats traduisent les moyennes obtenues chez quatorze chiens et répétées plusieurs fois.

La gentiane et le condurango augmentent plus spécialement la sécrétion en acide chlorhydrique.

L'excitation médicamenteuse produite sur les estomacs isolés n'a été que momentanée. On doit craindre d'exciter trop l'estomac et en tous cas proscrire au moins des médicaments cités, le simarouba : 1 gr. 44 dissous dans 36 cc. d'eau, injecté à douze chiens a déterminé chez 10 une gastrite hémorragique, gastrite hémorragique qui a failli en faire périr deux et a beaucoup diminué dans la suite leur sécrétion gastrique.

On voit combien ce médicament doit être dangereux pour l'estomac de l'homme, dont l'hémorragie ne pourrait être décelée rapidement comme chez les chiens à estomacs isolés,

R. BLONDEL.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Le traitement gymnastique des maladies du cœur et des vaisseaux par LAGRANGE. (*Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition*, n° 3 et 4 p. 141 et 193, 1898). — Le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux est, de toutes les applications de la mécanothérapie, la moins connue en France et c'est une de celles pourtant qui donnent les plus beaux résultats.

C'est assurément l'idée d'exercice « violent » inséparable chez nous du mot gymnastique qui a fait rejeter, a priori, un mode de traitement pourtant si rationnel.

Nous concevons le mouvement comme le résultat d'un effort musculaire intense et c'est l'effort que nous redoutons dans la crainte de fatiguer le cœur. La gymnastique suédoise a pour effet d'obtenir les bénéfices du mouvement en supprimant les dangers de l'effort musculaire. Avec les procédés mécanothérapiques, le choix du mouvement est si rationnel et le dosage du travail musculaire si prudent, qu'on obtient une activité plus grande du cours du sang, non pas en augmentant, mais en diminuant le travail du cœur.

Un acte musculaire voulu se décompose en deux éléments : 1° le mouvement proprement dit, c'est-à-dire le déplacement de la partie du corps sur laquelle agissent les muscles ; et 2° la contraction musculaire, d'où provient la force qui provoque le mouvement. Or, la contraction musculaire aussi bien que le mouvement représentent en eux-mêmes deux puissants agents de circulation, qui, loin d'entraver l'action du cœur, lui prêtent au contraire un concours efficace.

Tout mouvement communiqué aux membres va activer le cours du sang dans les veines et faciliter la circulation de la périphérie ou autre. Mais, par suite de la déplétion plus facile des veines, le cours du sang se trouvera facilité dans les artères qui les précèdent, ces deux ordres de canaux sanguins représentant un système de « vases communiquants », solidaires les uns des autres au point de vue des conditions hydrauliques de leur contenu. Et, finalement, le cœur aura moins d'effort à faire pour lancer le sang artériel du centre à la périphérie.

A cette question purement mécanique du mouvement — action indépendante du fonctionnement des muscles et qu'on peut obtenir à l'aide des mouvements passifs — à cette action déjà très efficace s'ajoutera, plus puissante encore, celle de la contraction musculaire, quand les mouvements seront actifs.

On sait, en effet, qu'un muscle en travail attire à lui du sang : la circulation s'y trouve activée dans des proportions telles qu'il passe, disent les physiologistes, sept fois plus de sang, en un temps donné, dans le muscle en contraction que dans le muscle au repos. Il s'ensuit une déplétion incomparablement plus rapide des vaisseaux qui avoisinent le muscle et un véritable « appel » du liquide sanguin du centre vers la périphérie de l'appareil circulatoire. Cette sorte d'aspiration du sang par un muscle en travail est tout-à-fait indépendante de la poussée du cœur.

A cette force d'appel du muscle dont le mécanisme, d'ordre physiologique, se rattache à des phénomènes de vaso-dilatation, il faut ajouter l'action toute mécanique exercée sur les parois des veines voisines par le muscle qui grossit et durcit à chaque contraction.

Donc les deux facteurs essentiels de l'exercice, la contraction musculaire et le mouvement, loin de contrarier l'action du cœur et de lui causer par eux-mêmes un supplément de travail, se trouvent, au contraire, l'aider dans sa fonction. C'est pourquoi les mouvements actifs et passifs doivent rationnellement être considérés comme des auxiliaires, dont l'intervention dans l'acte circulatoire permet au cœur d'accomplir son travail normal avec une moindre dépense de force.

Cependant chez le cardiaque un exercice même modéré peut exagérer les troubles circulatoires déjà existants. Cette contradiction apparente s'explique par l'influence de la dose de travail.

Si un mouvement très faible et très localisé favorise l'action du cœur, un exercice qui se généralise, en mettant en œuvre beaucoup de muscles à la fois, peut troubler la circulation parce qu'il fait intervenir un nouvel élément physiologique, l'excitation de l'appareil circulatoire.

Pour éviter l'excitation du cœur dans l'exercice, il faudra fractionner les doses de travail c'est-à-dire faire exécuter, à intervalles suffisamment espacés, une série de mouvements suffisamment modérés, qui ne mettent en action que de très petites masses musculaires à la fois. Il est facile de se conformer à cette règle du fractionnement du travail qui est la base du traitement des troubles circulatoires par la mécanothérapie, grâce aux appareils Zander, qui permettent de localiser le mouvement dans un membre ou un segment de membre, de doser la force dépensée par un muscle avec la plus minutieuse précision, etc.

Chez un malade atteint d'une affection du cœur et des vaisseaux qui tend à provoquer des troubles graves de la circulation tels que congestion passive du poumon, dyspnée, œdème des extrémités, etc., on commencera par des massages sur les membres et sur l'abdomen afin d'activer la circulation veineuse.

Le massage abdominal pratiqué avec les plus grands ménagements dégagera le système de la veine-porte comme les effleurages des membres dégageront le réseau veineux périphérique.

Outre ces effets mécaniques, on demande souvent au massage manuel une action sédative en exerçant sur la région du cœur de légers effleurages et de petits « tapottements » méthodiquement rythmés. Ces petites manœuvres déterminent presque toujours une amélioration rapide dans les phénomènes d'excitation cardiaque, tels que les palpitations, la tachycardie et même l'arythmie. Celle-ci n'a presque jamais une cause mécanique, sauf aux périodes ultimes de l'asystolie, où le cœur défaillant ne peut se vider qu'incomplètement et à intervalles inégaux. Habituellement l'arythmie est dûe moins aux troubles survenus dans l'hydraulique du cœur qu'à l'excitation produite sur les centres d'innervation du myocarde par le processus inflammatoire qui a lésé les valvules. L'effet utile du massage s'explique aisément alors par une action sédative sur les réflexes qui sont le point de départ de l'arythmie.

Les frictions et les vibrations ont une action particulièrement puissante sur la circulation périphérique,

On les pratique au moyen d'appareils qui ne peuvent être décrits ici. Le mouvement passif à trépidation n'est pas seulement un agent mécanique de la circulation ; c'est, de plus, un moyen d'éveiller l'action physiologique des forces qui activent le cours du sang à la périphérie des vaisseaux ; l'excitation locale qui en résulte se fait sentir non au cœur « central », mais au cœur « périphérique ».

Le mouvement vibratoire est encore un moyen de calmer l'excitation vasculaire ; l'application d'une pelote vibrante sur la région précordiale modère les palpitations et la tachycardie.

Après le massage viennent les mouvements passifs, mouvements très légers de flexion et d'extension des mains et des pieds, puis mouvements de circumduction ou de roulement des jambes et des cuisses, de la tête et enfin du tronc. Ces mouvements agissent surtout sur les veines.

Une machine très ingénieuse de Zander permet d'obtenir des mouvements d'inspiration forcée, sans que le malade fasse aucun effort musculaire et en quelque sorte malgré lui. Par ce mouvement est produit au maximum le phénomène de l'aspiration thoracique, en vertu duquel le cours du sang s'accélère dans les artères pulmonaires et jusque dans les veines caves inférieure et supérieure, en même temps que l'air afflue plus abondamment aux cellules du poumon.

Il en résulte une déplétion plus rapide du cœur droit et des veines qui s'y abouchent ainsi qu'une activité plus grande de la circulation pulmonaire.

Après avoir employé exclusivement les mouvements passifs et le massage pendant un certain nombre de jours, on arrive à l'application des mouvements actifs. Ces mouvements sont toujours faciles à exécuter. Ce sont : des flexions et extensions de la main et du pied, de la jambe et de l'avant-bras, avec faible résistance d'un contre-poids ; puis la flexion, extension, rotation, adduction et abduction des cuisses. Les mouvements actifs du membre supérieur devront presque toujours être limités à l'avant-bras.

Il va sans dire que ce traitement mécanique vise exclusivement les symptômes ; il peut donc être employé dans toutes les affections cardiaques ou vasculaires qui s'accompagnent d'œdèmes, de congestion, etc.; son champ d'application est pour ainsi dire illimité ; l'effleurage, la vibration peuvent-être employés, même dans les cas les plus graves.

Le traitement suédois ne doit pas être confondu avec le système d'Ertel qui utilise d'une tout autre façon l'exercice. La cure de

terrain provoque une excitation générale de l'appareil circulatoire et augmente le travail du cœur; elle a ses indications, mais aussi de nombreuses contre-indications. Aucun danger n'est à redouter avec la méthode suédoise, puisqu'ici le cœur n'est pas sollicité à augmenter son effort.

La seule question que l'on peut poser est celle du choix à faire parmi les moyens dont dispose la mécanothérapie. Il s'agit de déterminer si le traitement doit être limité au massage, aux mouvements passifs, ou bien comporter des mouvements actifs : en un mot, il faut adapter le dosage aux indications de la maladie.

Le mouvement de respiration passive, des plus utiles dans toutes les dilatations du cœur droit, doit au contraire être proscrit du traitement de l'insuffisance aortique, où il importe de ne pas provoquer une déplétion trop rapide des vaisseaux du cerveau. De même, certains mouvements passifs des bras, utiles pour la majorité des cardiaques, peuvent être dangereux pour les sujets atteints d'affection des artères coronaires et disposés à l'angine de poitrine. Le sphygmographe est un moyen de contrôle très utile et très sûr pour guider le médecin. Le tracé pris après trois quarts d'heure de traitement bien conduit ne doit pas différer du tracé pris avant. Le pouls ne doit subir aucune altération dans la forme ou le rythme, ni augmenter de fréquence.

G. Lyon.

Action diurétique du massage abdominal dans les affections du cœur, par Cautru. (*Académie de Médecine,* 10 mai 1898). — La régularisation du rythme cardiaque et de la pression artérielle, l'augmentation de la diurèse peuvent être obtenus par le massage et la gymnastique suédoise.

Le massage régularise la pression sanguine: il amène donc la décongestion veineuse de tous les organes du ventre et par conséquent du rein, dans lequel la circulation sera plus facile et mécaniquement augmentée.

L'élasticité rendue aux veines mésaroïques et l'action du massage sur leur contenu facilite le cheminement du sang d'une valvule à l'autre, et, par conséquent, son passage dans les gros troncs qui doivent le ramener au cœur. Ce retour vers le cœur sera en outre facilité par les mouvements respiratoires que l'on adjoint au massage et qui font un appel du sang veineux de la grande circulation dans la petite.

Le massage abdominal amène en outre une excitation des centres nerveux abdominaux et par conséquent du plexus rénal. Il en résulte des phénomènes de dilatation et de constriction des vaisseaux du rein qui facilitent la filtration de l'urine.

La diurèse ainsi obtenue a pour effet d'entraîner la décongestion veineuse : l'aspect cyanosé du malade disparaît, les veines du cou diminuent, les œdèmes s'en vont et le foie reprend son volume normal. La respiration devient plus libre, en même temps que les râles congestifs disparaissent. Ces effets sont parfois obtenus très rapidement, au bout de deux ou trois jours.

G. Lyon.

Méthode nouvelle de traitement de la tuberculose et d'autres affections ayant leur siège dans le poumon. (*Klin. ther. Wochenschrift,* n° 22, 1898). — Wassilieff a adopté un traitement par l'électricité statique qui parviendrait à guérir la tuberculose pulmonaire au début et à améliorer dans de larges proportions les cas avancés. Le malade, installé sur le tabouret isolant, respire pendant 5 à 6 minutes, un effluve électrique dirigé vers sa bouche par le médecin (pointe reliée au sol). Au début, le malade ressent une sensation de sécheresse à la gorge et un léger vertige. Parfois une sudation peu marquée se développe dans la région céphalique. On fera bien aussi, dans les cas graves, de tirer quelques étincelles de la région thoracique.

L'auteur est arrivé à cette conclusion que ce n'est pas l'ozone qui agirait dans le traitement : des expériences comparatives auraient démontré ce fait, en opposition avec ceux de Labbé et Oudin, par exemple.

Au bout de 6 à 8 séances, la toux et l'expectoration diminuent, le sommeil s'améliore, les transpirations nocturnes disparaissent : on observerait même dans certains cas des cicatrisations de cavernes.

Les phénomènes hypostatiques et catarrhaux non tuberculeux, ayant pour siège l'arbre respiratoire, peuvent être guéris en 2 à 8 semaines par le bain statique.

L'auteur a entrepris ses recherches depuis plus de 4 ans : il dispose actuellement de nombreuses observations démontrant le bien-fondé de ses assertions.

E. Vogt.

Des indications et des effets thérapeutiques du suc pulmonaire, par Arnozan. (*Congrès de Médecine interne de Montpellier,* 14 avril 1898). — M. Arnozan relate six observations de malades traités par le suc pulmonaire employé par la bouche à raison de 10 cc. par

jour sous forme d'injections d'extrait glycériné à la dose de 1 cc.

De ces malades, les uns avaient une pleurésie purulente spontanément ouverte à l'extérieur ou traitée par la pleurotomie et traînaient misérablement « une existence fistuleuse » (Revilliod). Les autres portaient dans la plèvre, entre les lobes de leurs poumons ou dans le médiastin, une cavité ouverte dans les bronches et s'évacuant plus ou moins régulièrement par le mécanisme des vomiques. Mais tous, ou presque tous, offraient ces caractères communs : 1° d'avoir une suppuration chronique siégeant autour du poumon. 2° De présenter une communication entre leur foyer purulent et l'extérieur. 3° De n'être pas tuberculeux. 4° De souffrir d'arthropathies ayant les caractères de celles décrites par M. Marie sous le nom d'ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques.

Or ces malades ont été améliorés ou guéris pendant l'administration et sans doute par l'action du suc pulmonaire. Sous l'influence du traitement on voit diminuer les arthropathies, on voit l'écoulement s'atténuer et quelquefois tarir, on voit quelquefois les trajets fistuleux se fermer pourvu qu'ils ne soient pas trop anciens.

En étudiant de plus prés les phénomènes de la guérison, on peut constater qu'une des premières modifications porte sur les caractères de l'écoulement, le pus devient moins abondant, plus clair et souvent un peu sanguinolent. Les arthropathies ne rétrocèdent pas en tant que déformation osseuse, mais les raideurs articulaires, les impotences fonctionnelles qui les accompagnent disparaissent avec rapidité et le malade recouvre le libre usage de ses membres.

Un point important à relever, c'est la modification de la courbe thermique. Sous l'influence du suc pulmonaire, la fièvre disparaît peu à peu.

En général, le malade éprouve un mieux appréciable dès les premiers jours; mais la guérison, si elle doit survenir, est ensuite lente à obtenir, et paraît demander d'autant plus de temps que la maladie est plus ancienne au moment où l'on commence le traitement.

G. Lyon.

Du salol dans les exsudats séreux pleurétiques. (*Wratsch*, n° 16, 1898). — Egoroff ayant employé le salol dans trois cas d'exsudats séreux pleurétiques, préconise ce médicament dans les cas où l'on espère obtenir de bons résultats de l'acide salicylique (pleurésies exsudatives d'origine rhumatismale chez des individus sans tare organique ou chez des tuberculeux.)

On administre dans ces cas l'acide salicylique sous forme de salicylate; cependant, ce médicament ne donne pas toujours les bons résultats qu'on en attend, car chez bien des personnes et particulièrement chez des individus nerveux, le salicylate de soude provoque, même à doses moyennes, des accidents parfois dangereux (palpitations, troubles respiratoires, anorexie, nausées, vomissements et dépression de l'état général.

C'est précisément dans ces cas que le salol à doses peu élevées et progressivement augmentées rend de grands services en augmentant considérablement la diurèse et contribuant à l'absorption de l'exsudat.

Il faut ajouter que d'après l'auteur, il ne provoquerait aucun accident, ni du côté du cœur, ni du côté des organes respiratoires et digestifs.

B. Taft.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. Sémelaigne
Ancien interne des hôpitaux

Quelques remarques sur le traitement médical de l'épilepsie par Maurice de Fleury, (*Journal des Praticiens*, n° 22, p. 34, 1898). — L'hygiène de l'appareil gastro-intestinal chez les malades atteints de mal caduc, reprend de l'importance à mesure que s'affirment les idées modernes sur l'auto-intoxication.

Trop manger ou manger des choses indigestes suffit souvent à provoquer le paroxysme convulsif.

Au point de vue pratique, il importe de prescrire aux malades une hygiène alimentaire susceptible de réduire au minimum les troubles circulatoires (anémie ou congestion), l'irritation mécanique du tube digestif, les fermentations anormales et la production des toxines.

La condition première, essentielle, est la suppression des irritants du système nerveux, du café, du thé, du vin, des liqueurs. Le régime lacté rend parfois de très grands services dans le cas d'épilepsie vraie, mais surtout chez les épileptiques alcooliques ou absinthiques. Il faut éliminer en outre les mets épicés, le gibier, le foie gras, les conserves alimentaires, les crustacés, les huîtres, les coquillages, la charcuterie, les fromages fermentés, etc...

Le repas du soir devra être particulièrement léger.

Au régime il faut joindre les purgatifs, les lavements froids.

Les injections de sérum artificiel à petites doses (5 à 20 gr. de la solution de Chéron), répétées tous les deux ou trois jours, auraient pour effet de doubler ou de tripler les effets sédatifs du bromure (?).

G. Lyon.

Troisième note sur le traitement électrique de la neurasthénie chez les hystériques (*Bul. off. de la soc. franç. d'électrothérapie*, mai 1898). — MM. Apostoli et Planet ont reconnu que certaines hystériques présentent, à l'égard de la franklinisation, une susceptibilité particulière simulant une intolérance radicale.

Il y a lieu de remarquer toutefois que, cette période initiale passée, la tolèrance devient complète et parfaite, si l'on sait bien doser la médication, graduer la durée des séances, et ne pas se laisser trop impressionner par les réactions immédiates ou éloignées que la franklinisation provoque au début.

Dans les cas de ce genre, on commencera par des séances quotidiennes de deux à cinq minutes, et par le bain simple : les étincelles révulsives ne seront appliquées que plus tard.

E. Vogt.

Traitement électrique de la névralgie faciale. (*Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1898.) — M. Guilloz a présenté, à la Société médicale de Nancy, cinq observations de névralgies faciales qu'il a qualifiées idiopathiques, en l'absence de toute étiologie locale ou générale accessible aux moyens ordinaires de diagnostic. Le traitement employé a été celui de Bergonié (*v. cette Revue*, p. 815, 1897). Le courant, de forte densité, doit croître graduellement et diminuer de même à la fin de l'application. Les résultats ont été remarquables même dans les deux cas où l'on avait procédé quelque temps auparavant, à la résection du nerf pour des névralgies ; ces dernières n'avaient aucunement cédé à cette intervention.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : lorsqu'un diagnostic différentiel aura permis d'affirmer l'existence d'une névralgie faciale, il faut, si la cause est locale, comme une affection du système dentaire, auditif, olfactif, une sinusite, ou générale comme la syphilis, la goutte, le tabès, des troubles utérins, un mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, que le médecin institue un traitement approprié.

Il est des cas où la névralgie faciale ne livre pas son origine. Dans ces cas, après avoir épuisé l'arsenal pharmaceutique, il convient de recourir au traitement électrique avant de tenter la résection nerveuse dont l'inefficacité est grande, avant surtout de s'adresser aux opérations intra-craniennes dont les résultats sont si désastreux.

Ceci ne voulant pas dire que, pouvant s'appliquer aux cas graves, le traitement électrique ne puisse à fortiori guérir les cas légers.

Au cours de la discussion qui a suivi la lecture de cette communication, M. Frœlich a émis l'avis qu'il fallait renoncer, autant que possible, aux opérations graves dans les cas de névralgies, et recourir au traitement électrique préconisé par Bergonié. M. Bernheim a rappelé qu'il faut distinguer avec soin les *névralgies-névroses* des *névralgies-névrites*, ces dernières résistant à la suggestion que l'on pourrait invoquer quand il s'agit d'électrisation : or, dans un des cas tout au moins de M. Guilloz, il s'agissait d'une névrite persistante, dont le traitement électrique a eu finalement raison. M. Simon a attiré l'attention sur un autre cas guéri par M. Guilloz : on se trouvait en présence d'un tic douloureux de la face, affection en général considérée comme incurable.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr KOPFF

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

Avantage des collyres huileux. (*Communication faite à l'Académie de médecine*, par M. le professeur Panas, séance du 24 mai).— L'auteur a fait faire des recherches sur la valeur des huiles d'olives et d'arachide comme véhicule des alcaloïdes employés en thérapeutique oculaire. Il résulte de ces recherches : 1° que les alcaloïdes sont solubles dans ces huiles lavées à l'alcool et stérilisées; 2° que ces solutions huileuses sont stériles; 3° qu'elles sont stables, l'ésérine notamment ne se transformant pas en rubrésérine; 4° que leur action est supérieure ou du moins égale à celle des solutions aqueuses; 5° que le collyre huileux à la cocaïne n'altère pas l'épithélium de la cornée et 6° que l'application de ces collyres est plus facile, la sûreté de leur pénétration dans le cul-de-sac conjonctival plus grande

et que leur instillation ne produit pas de blépharospasme, qui est à redouter dans les cas d'ulcère profond et après l'opération de la cataracte.

Ces recherches ont été faites par M. Sorini, sous la direction et l'inspiration de M. le professeur Panas.

Dr KOPFF.

L'acide picrique dans le traitement des blépharites, par le Dr FAGE. (*L'Echo médical du Nord*, janvier 1898). — La blépharite est une affection si fréquente et souvent si rebelle, qu'il y a lieu d'essayer contre elle quelque chose de nouveau. C'est dans ce but que l'auteur a employé l'acide picrique, en solutions aqueuses à 5, 8 et 10 pour 1000, ou des mêmes solutions coupées avec moitié de glycérine, dans le but de les rendre plus adhérentes au bord ciliaire. Ce médicament ayant donné de bons résultats dans le traitement de l'eczéma, l'auteur a pensé qu'il serait également utile dans diverses formes de blépharite qui peuvent se rattacher à l'eczéma. Il en a obtenu d'excellents résultats, en larges badigeonnages appliqués tous les deux jours, après avoir d'abord ramolli et détaché les croûtes à l'aide de compresses chaudes et de lavages à l'acide borique ou à l'ichtyol. Les solutions d'acide picrique sont antiseptiques, analgésiques et cicatrisantes, sans irriter les paupières ni la conjonctive. La coloration jaune qu'elles laissent est négligeable, vu l'application discrète qu'on fait sur les paupières ; du reste, elle ne tient pas longtemps. De plus, on peut confier l'application de ce traitement aux malades, puisque la solution n'est pas dangereuse pour la conjonctive, comme la teinture d'iode, le nitrate d'argent ou le sublimé.

Dr KOPFF.

Traitement de la diphtérie oculaire par les instillations de sérum anti-diphtérique combinées aux injections hypodermiques de ce sérum, par le Dr MONGOUR. (*Bulletin Médical*, nº 45, juin 1898). — L'auteur, médecin des hôpitaux de Bordeaux, a observé pendant une épidémie de diphtérie oculaire, trois malades dont les cornées étaient très compromises, malgré les injections anti-diphtériques de 10 à 20 cent. cubes, suivant l'âge du malade, combinées avec le traitement local ordinaire : (iodoforme, ésérine, nitrate d'argent...) Il eut l'idée de remplacer ces topiques habituels par des instillations de sérum anti-diphtérique, 5 à 10 gouttes toutes les quatre heures environ.

Ce traitement a parfaitement réussi dans sept cas et l'auteur pense que dans les cas graves, il y aurait même avantage à pratiquer des injections sous-conjonctivales de sérum, comme l'a recommandé M. Coppez.

Dr KOPFF.

Valeur des anesthésiques locaux en ophtalmologie, par le Dr ROGMAN. (*La Belgique médicale*, octobre 1897). — L'auteur a fait une série d'expériences comparatives sur la valeur anesthésique de la cocaïne, de l'eucaïne, de l'holocaïne et de la tropacocaïne. C'est à cette dernière substance qu'il donne la préférence.

Connue depuis 1891, elle a d'abord été extraite des feuilles du coca de Java, puis plus tard préparée synthétiquement.

L'auteur s'est servi d'une solution à 3 0/0, avec sel marin à 6 0/00, pour enlever à la solution ses propriétés irritatives. Il conclut que c'est cette substance qui, dans l'état actuel de nos connaissances, semble réunir le plus de qualités et se prêter aux applications les plus étendues.

La durée de conservation des solutions de tropacocaïne est grande ; au bout de six mois elles sont encore claires; aucune influence générale n'a pu leur être attribuée dans plus de 300 applications et la sensation de sécheresse et de constriction de la gorge, si désagréable après les instillations de cocaïne, se trouve complètement supprimée. Au moins égale à la cocaïne comme analgésique, aussi bien supportée par la cornée, se conservant mieux, la tropacocaïne agit plus vite, et, employée en instillations, ne produit pas de mydriase. Elle offre une sécurité plus grande pour les injections dans le tisssu cellulaire.

Comparée à l'eucaïne et à l'holocaïne, la tropacocaïne est moins irritante et plus promptement active que la première, et sur les deux, elle a l'avantage d'être moins toxique.

Dr KOPFF.

Traitement sous-conjonctival de l'épisclérite par l'électrolyse. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie*, mai 1898, par le Dr TERSON, de Paris). — Le traitement général des épisclérites doit toujours être employé; mais il est toujours long et quelquefois infructueux. Un traitement local doit donc lui être adjoint et l'auteur préconise dans ce but l'électrolyse négative, de deux à trois milliampères pendant une minute au plus, de préférence aux pointes de feu et aux injections sous-conjonctivales.

Dr KOPFF.

L'iridectomie comme intervention dans l'hypopion récidivant, par le Dr A. NEUSCHULER, de Rome. (*Suplemente del Policlinica*, mars 1898). — L'auteur après avoir exposé la symptomatologie de certains hypopions récidivants, fait la critique des théories jusqu'ici existantes sur l'étiologie de cette maladie, et avec des exemples cliniques démontre la nécessité de recourir en certains cas d'hypopions à l'iridectomie.

Cette opération, qu'il faut souvent faire ultérieurement dans un but optique, peut, lorsqu'elle est faite au début, préserver l'œil exposé à être perdu par l'hypopion récidivant.

Dr KOPFF.

Epithélioma volumineux de la conjonctive bulbaire. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie de Paris*, mai 1898, par le Dr KOPFF, de Paris). — Il s'agit d'un homme de soixante-treize ans qui s'est présenté en août 1897, à la consultation du Dr Kopff, porteur d'une volumineuse tumeur épithélioma-teuse implantée sur la conjonctive bulbaire, faisant une large saillie entre les paupières, sous forme d'un gros marron de 3 centimètres d'épaisseur, de 6 centimètres de diamètre transversal sur 5 de diamètre vertical. Cette masse néoplasique refoule les paupières dans tous les sens, qui l'enserrent dans une bride circulaire. Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire préauriculaire. Cette tumeur a mis 7 à 8 mois pour acquérir ce développement. Le globe de l'œil est perdu dans la masse néoplasique qui l'enveloppe et le contourne dans tout son hémisphère antérieur. Le Dr Kopff pratique l'énucléation, après avoir fait d'abord la canthotomie pour se donner du jour.

L'examen macroscopique, fait après l'opération, permet de constater l'intégrité absolue du globe oculaire et même de la cornée qui a résisté à la pénétration.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé et tubulé, ayant pris naissance aux dépens de la conjonctive bulbaire et notamment de la couche des cellules basales. La cornée et le reste de la conjonctive ne présentent que des lésions irritatives.

Ce cas présente plusieurs points intéressants et notamment le volume considérable de la tumeur, son développement rapide en cinq mois et la prolifération en surface, sans pénétration du globe sur aucun de ses points.

A l'heure qu'il est, c'est-à-dire neuf mois après l'opération, il ne s'est produit aucune récidive.

R. BLONDEL.

Emploi de l'ichthyol en ophtalmologie. (*Klin. ther. Wochenschrift*, no 18, 1898.) — EBERSON se sert beaucoup de l'ichtyol en ophtalmologie. Dans les cas de trachome, on badigeonnera la conjonctive avec une solution aqueuse d'ichtyol à 50 0/0, additionnée d'un peu de glycérine. La guérison s'obtient beaucoup plus rapidement qu'avec d'autres méthodes; l'ichtyol est, en outre, beaucoup mieux supporté que les autres topiques. La conjonctivite catarrhale, avec ou sans complications du côté de la cornée, ne résiste pas longtemps au traitement sus-indiqué.

E. VOGT.

Le protargol en ophtalmolooie. (*Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique*, séance du 26 fév. 1898). — L'auteur conjointement avec M. Claeys, s'est servi du protargol à 10 0/0 dans toutes les formes de conjonctivite qu'il a rencontrées: conjonctivites catarrhales à tous les degrés d'acuité, conjontivites purulentes chez les nouveau-nés, conjonctivites pseudo-membraneuses, conjonctivites phlycténulaires et trachomateuses. Les résultats obtenus, au point de vue de l'efficacité et de la rapidité, valent ceux obtenus par le nitrate d'argent; mais l'application du remède a, en plus, l'avantage d'être indolore.

Si on instille dans l'œil malade ou sain une goutte de la solution à 5 0/0, le patient n'accuse aucune douleur; il éprouve une sensation, mais elle n'est pas plus désagréable que celle produite par une goutte d'eau pure. Si on verse une goutte de la solution à 10 0/0, certains malades ne se plaignent pas, la plupart éprouvent un sentiment de cuisson assez vif qui diminue au bout d'une demi-minute et disparaît avant que la minute ne soit écoulée. Quand, renversant la paupière, on badigeonne les conjonctives au moyen d'un pinceau trempé dans la solution à 10 0/0, le malade accuse une certaine douleur, mais bien plutôt produite par la manœuvre du pinceau appuyé à diverses reprises sur la muqueuse, que par le protargol même. Le protargol possède encore sur le nitrate la supériorité de pénétrer plus avant que lui dans les tissus. Or, les éléments parasitaires qui provoquent les réactions inflammatoires de la conjonctive ne se trouvent pas seulement dans l'épithélium et la couche immédiatement sous-jacente, ils pénétrent dans les profondeurs de la conjonctive et, la dépassant, arrivent dans le tissu sous-conjonctival. C'est donc là que le remède doit les atteindre.

R. BLONDEL.

De l'extrait aqueux de capsules surrénales en ophtalmologie, par le Dr Fromaget. (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, mars 1898). — L'auteur a étudié et expérimenté l'extrait aqueux de capsules surrénales à un triple point de vue : 1° comme vaso-constricteur dans les inflammations externes de l'œil ; 2° comme hémostatique ; 3° comme facilitant l'action de la cocaïne dans les tissus enflammés. Il conclut de ses expériences : 1° que l'extrait aqueux de capsules surrénales peut être employé dans les conjonctivites, les blépharo-conjonctives, dans lesquelles il diminue l'inflammation grâce à ses puissants effets vaso-constricteurs.

2° Dans les kératites et les iritis ses effets sont peu marqués et la thérapeutique ne peut guère en bénéficier.

3° Son pouvoir hémostatique est considérable et l'hémorrhagie cesse dès l'application et définitivement, comme par exemple, après l'extraction des chalazions.

4° Il permet l'action anesthésique de la cocaïne dans les tissus enflammés en les anémiant. On instille d'abord quelques gouttes d'extrait aqueux, puis ensuite le collyre de cocaïne et l'on peut ainsi pratiquer les opérations douloureuses qui se font sur des tissus enflammés, où la cocaïne n'a pas d'action (résection d'iris hernié, iridectomie dans les irido-cyclites et le glaucome aigu...).

Dr Kopff.

Sérothérapie dans certaines iritis rhumatismales. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie*, mai 1898, par le Dr Boucheron, de Paris). — L'iritis rhumatismale ne se montre presque jamais dans le cours du rhumatisme aigu ; mais il est une manifestation rhumatismale subaiguë, sous la dépendance des mêmes infections que le rhumatisme subaigu. C'est ce qui a amené l'auteur à essayer le sérum antistreptococcique contre l'iritis rhumatismale, à doses minimes et répétées ; un demi-centimètre cube quotidiennement, puis un centimètre et plus. Il a obtenu de la sorte un arrêt du processus rhumatismal irien, dans les cas d'iritis aiguë, après la première poussée inflammatoire en général. Il a obtenu de bons résultats également dans certains cas d'iritis à suppuration et dans certaines iritis chroniques.

Dr Kopff.

Traitement des infiltrations cornéennes par les injections sous-conjonctivales massives de sérum artificiel. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie*, mai 1898, par le Dr Prioux, de la Rochelle). — L'auteur a eu l'idée de traiter de la sorte une série de malades atteints de troubles de transparence de la cornée. Il a obtenu des améliorations rapides dans des cas d'infiltration profonde, sur lesquels les autres traitements étaient restés inactifs et parfois après une seule injection de 1 cc. de sérum sous la conjonctive. Il a obtenu une amélioration constante dans tous les cas d'opacités cornéennes, consécutives à des kératites phlycténulaires récentes et à des kératites interstitielles, sauf un cas très ancien, chez un homme de 40 ans, dont la cornée était opaque depuis l'enfance. En général, il a obtenu de bons résultats dans les infiltrations cornéennes et non dans les leucomes, véritables tissus de cicatrice, pas plus que dans les opacités consécutives à des affections sclérotiques ou choroïdiennes.

Il se sert du simple sérum chirurgical, chauffé à 37 degrés et injecté sous la conjonctive à la dose de 1 centimètre cube, le plus loin possible de la cornée. Le sérum de Chéron lui avait paru produire une réaction trop violente. Il applique ensuite un pansement légèrement compressif et répète l'injection lorsque l'état de l'œil le permet, au bout de deux à cinq jours.

Dr Kopff.

Maladies du larynx du nez et des oreilles

Dr Castex

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Relations de la goutte et des maladies de l'oreille, par Albert Buck. (*Medical Record*, mai 1897.) — M. Buck étudie certaines affections de l'oreille dans leur rapport avec la diathèse goutteuse.

Après avoir exposé les opinions de Toynbee, de Garrod, de Lyman, il établit en principe que le développement spontané d'une plaque d'eczéma, à l'oreille, trahit l'existence de la diathèse goutteuse. La paroi inférieure du méat est le siège d'élection de l'eczéma parce que les vaisseaux y sont très petits et que cette région n'est pas mobile, d'où stagnation du courant sanguin.

L'auteur relate longuement une série de sept observations de malades atteints d'eczéma du conduit et quelques uns de granulations de la membrane du tympan, qu'il rattache à la goutte, bien que dans les antécédents des ma-

lades on ne relève point d'attaques de goutte franche, mais seulement des douleurs plus ou moins déterminées dans les articulations.

Il appuie surtout son diagnostic pathogénique sur les bons effets du traitement antigoutteux, alors que le traitement local n'avait donné que des résultats insignifiants ou même nuisibles.

A. COURTADE.

Historique, manuel opératoire et accidents de l'intubation et son application au traitement des sténoses laryngées et particulièrement du croup, par le Dr FAUSTINO BARBERA. (*Valencia*, 1897). — L'auteur, dans cet intéressant travail très documenté, étudie l'intubation sous toutes ses faces ; nul doute que les médecins ne tirent grand profit de la lecture de ce savant mémoire qui montre la grande part qu'à prise la France à la vulgarisation de cette méthode opératoire destinée à suppléer, dans bien des cas, la trachéotomie, surtout dans la pratique hospitalière.

A. COURTADE.

Des bourdonnements d'oreille et de leur traitement par le « cimifuga racemosa » par A. ROBIN et MENDEL. (*Société française d'Otologie*, 5 mai 1898). — En dehors des cas assez limités où le malade peut être débarrassé radicalement des bourdonnements d'oreille qu'il éprouve par un traitement approprié (bourdonnements dus à un corps étranger du conduit ou à un bouchon cérumineux, bruits produits par une otite aiguë ou par la présence d'un polype dans la caisse), le plus souvent les bourdonnements liés à une affection chronique de l'oreille ne peuvent être amendés.

A. Robin et Mendel ont eu l'idée d'employer pour les combattre le cimifuga racemosa, médicament vasculaire et modérateur de l'irritabilité reflexe. Ce médicament s'emploie sous trois formes :

Teinture au quart	XL à LX gouttes
Extrait fluide	X à XX gouttes

Cimifugin (produit de la précipitation de la teinture par l'eau) 0 gr. 05 — 0 gr. 20.

A. Robin et Mendel ont eu recours exclusivement à l'extrait fluide qui est la préparation la plus active.

G. LYON.

Etat actuel de la thérapeutique des affections nasales les plus importantes. (*Die œrztl. Praxis*, n° 8, 1898.) — KAMM rappelle que les travaux actuels font ressortir le rôle considérable que jouent les *végétations adénoïdes* dans la surdi-mutité et le bégaiement ; leur ablation, aujourd'hui facilement exécutable, permet d'espérer que dans ce domaine on fera encore de notables progrès.

Les *polypes du nez* sont aujourd'hui facilement enlevés par les rhinologistes au moyen de l'anse métallique à froid : il y a donc lieu de s'étonner que les chirurgiens continuent à extraire ces mêmes polypes à la pince, sans éclairer le champ opératoire. (*Esmarch. Chirurgische Technik* 1892 p. 109). Kamm qualifie cette méthode de barbare : le procédé de l'anse, avec éclairage convenable, est beaucoup plus sûr et suffit à tous les cas.

Le traitement de l'*ozène*, malgré la multiplicité des méthodes nouvelles, n'a pas fait de grands progrès. Le principal effort doit toujours encore, comme auparavant, se concentrer sur le nettoyage minutieux de la cavité nasale : les méthodes nouvelles ne donnent rien si on néglige ce nettoyage. Il serait grand temps de limiter l'emploi de la douche nasale au seul traitement de l'ozène : malades et médecins ont une fâcheuse tendance à utiliser ce procédé dangereux pour des affections qui guériraient bien mieux par d'autres méthodes. On ne peut jamais être sûr que l'eau injectée ne pénètre pas dans l'oreille moyenne et ne produise des inflammations autrement graves que la maladie traitée.

L'auteur s'élève aussi contre l'emploi de la sonde de Belloc : dans l'immense majorité des cas, l'épistaxis a pour siège la partie antérieure du septum et cède facilement à la compression au moyen d'un tampon d'ouate ou de gaze iodoformée.

E. VOGT.

Ichtyol dans le catarrhe laryngé aigu, (*Wratsch* n° 8, 1898). — CIEGLEWICZ préconise dans le catarrhe laryngé aigu l'emploi de l'ichtyol sous forme d'inhalations froides à 2 0/0 à l'aide de l'appareil Richardson, deux fois par jour. Les inhalations ne doivent pas être profondes pour ne pas provoquer de nausées ni de vomissements. Le résultat obtenu par ces inhalations est des plus satisfaisants : sous leur influence, l'enrouement et la toux pénible disparaissent rapidement. Les observations de l'auteur se rapportent non seulement aux adultes mais aussi aux enfants. Chez ces derniers, Cieglewicz employait l'ichtyol un certain nombre de fois dans le faux-croup et en a toujours obtenu un excellent résultat.

Tous les malades supportaient très bien les inhalations et s'habituaient rapidement au goût et à l'odeur de l'ichtyol.

Quant aux accidents, si légers qu'ils soient

du côté des organes des voies respiratoires, l'auteur n'en a jamais observés.

B. TAFT.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Du lupus érythémateux, par HALLOPEAU. (*Semaine médicale*, nº 28, p. 225, 1898). — Il faut détruire l'agent infectieux ou transformer la peau en un milieu qui lui soit défavorable; il faut, en outre, dans les formes aiguës, combattre la réaction inflammatoire et pyrétique. A cet effet, on peut employer des moyens locaux et généraux : les premiers sont de beaucoup les plus efficaces.

Dans les cas aigus, à lésions multiples et disséminées, on pratique de préférence l'enveloppement avec des compresses de tarlatane pliées en douze, imprégnées d'une solution à 1/5000 de sublimé et recouvertes de taffetas-chiffon. Kaposi recommande, dans le même but, l'eau blanche mitigée; s'il s'agit de taches isolées, il a recours à l'application permanente de vessies remplies de glace.

Dans les cas chroniques, on favorise l'action des topiques en pratiquant journellement un lavage, soit avec du savon mou de potasse que l'on laisse appliqué sur une compresse, soit avec des savons chargés de substances antiseptiques, comme le naphtol ou le goudron. On peut essayer d'agir sur le contage par des emplâtres médicamenteux tels que l'emplâtre à la créosote et à l'acide salicylique ou simplement l'emplâtre de Vigo. On emploiera dans le même but la pommade soufrée, la traumaticine associée à la chrysarobine, à l'ichtyol ou à l'acide salicylique à 2 0/0. La pommade pyrogallique à 1/10 donne aussi de bons résultats; il faut en suspendre l'usage lorsqu'elle produit une vive irritation, pour y revenir ultérieurement.

L'acide lactique exerce parfois une action favorable, mais son application a l'inconvénient d'être assez douloureuse; on peut s'en servir, soit pur comme caustique, soit comme modificateur en solution à 1/10. M. Hallopeau s'est plusieurs fois bien trouvé des badigeonnages renouvelés matin et soir avec une solution à parties égales de résorcine et de d'eau.

M. Schutz a préconisé récemment des applications bi-quotidiennes de liqueur de Fowler additionnée de quatre à six parties d'eau et d'un peu de chloroforme; au bout de quatre à six jours, il se produit une irritation que l'on calme avec des pâtes émollientes ou des poudres inertes. On recommence ensuite une série de badigeonnages arsenicaux et en quelques semaines le lupus est guéri.

Dans certains cas on pourrait inoculer l'érysipèle que l'on s'efforcera d'enrayer ensuite par le collodion ichtyolé et les injections de Marmorek.

G. LYON.

De l'élimination de la graisse par les glandes sudoripares : infiltration graisseuse de la peau. (*Deutsche med. Zeitung*, 30 mai 1898). — UNNA s'étonne que l'élimination de graisse par les glandes sudoripares ne soit pas admise par nombre d'anatomistes et de dermatologues : les divergences tiennent à des erreurs de technique microscopique. Si l'on suit exactement la technique recommandée par Unna (nous renvoyons à ce propos à l'article original), on est étonné de voir combien élevée est la proportion de graisse que les glandes sudoripares contiennent. Bien plus, les gros troncs artériels cutanés contiennent aussi de la graisse en proportions notables, et les fonctions de la peau au point de vue de l'élimination de la graisse doivent en conséquence être envisagées sous un jour tout nouveau.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance considérable que les constatations d'Unna présentent au point de vue de l'interprétation et du traitement de beaucoup de dermatoses : il est probable que sous peu Unna nous donnera, sur ce point, le résultat de sa pratique.

E. VOGT.

Ulcère lépreux de la jambe, par DANLOS. (*Société de dermatologie et syphilographie*, 12 mai 1898.) — M. Danlos a obtenu la guérison d'un vaste ulcère lépreux de la jambe par des pansements avec la liqueur de Labarraque au tiers et l'usage interne de l'huile de Chaulmoogra, administrée à la dose de 4 à 5 grammes par jour dans un looch huileux. Cette forme pharmaceutique a l'avantage de rendre l'huile très assimilable et peu irritante, ce qui permet d'arriver sans intolérance à des doses élevées.

D'après M. Besnier, les capsules constituent un bon mode d'administration: d'autres malades se trouvent bien de la dilution du

médicament dans de l'eau-de-vie ou du champagne, d'autres encore de l'association au régime lacté.

G. LYON.

Traitement de la teigne. (*Wratsch.* nº 15, 1898). — PETERSEN emploie le traitement suivant : On badigeonne la tête du malade avec une pommade à l'acide phénique à 2 0/0 en la recouvrant pendant 24 heures d'une toile imperméable. Ces badigeonnages sont répétés trois à quatre fois jusqu'à ce que le cuir chevelu devienne lisse. C'est alors qu'on commence les badigeonnages avec de la teinture d'iode, qu'on répète d'abord tous les deux jours, ensuite tous les trois jours, etc.

B. TAFT.

Du naphtalan dans le traitement de quelques affections cutanées. (*Wratsch*, nº 19, 1858). — Le naphtalan qu'on obtient au Caucase dans une localité dont ce produit porte le nom a été proposé par Rosenbaum et nous avons signalé en son temps le fort intéressant travail de cet auteur.

MALICHEFF a, à son tour, expérimenté le naphtalan et il en a rapporté les résultats dans une communication à la Société Dermatologique de Moscou. Il frictionnait les régions malades à l'aide d'une brosse enduite de naphtalan. La friction faite il appliquait un morceau de toile également enduite de naphtalan et par dessus la toile un pansement légèrement compressif.

Les résultats obtenus par Malicheff sont aussi favorables que ceux de Rosenbaum dans l'eczéma et les brûlures. Quant à la syphilis, au psoriasis, aux bubons, le naphtalan ne donne pas de résultats constants.

Malichef, vu le nombre relativement petit de ses observations, ne se croit pas autorisé à formuler des conclusions définitives: toutefois il ne pense pas qu'on puisse se servir de naphtalan avec succès indifféremment dans tous les cas, comme l'a avancé Rosenbaum.

POSPELOFF a également obtenu d'excellents résultats dans les affections vésiculo-pustuleuses de la peau et particulièrement dans l'eczéma aigu et le pemphigus, ainsi que dans la maladie de Duhring. Dans d'autres affections cutanées accompagnées d'infiltration de la peau par des éléments cellulaires comme l'eczéma chronique, psoriasis vulgaire, lupus érythémateux, etc., le naphtalan, tout en ne donnant aucune amélioration, n'a jamais déterminé d'irritation. D'après Pospeloff les résultats favorables obtenus par le naphtalan doivent être attribués à ses propriétés antimicrobiennes et aussi à l'absence de toute action irritante.

B. TAFT.

Maladies des voies urinaires

Dr E. CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Corps étranger dans la vessie, par PICQUÉ (*in Bull. Soc. ch*, 1898, p. 586). — C'est une épingle à cheveux, vue au cystoscope, dans la vessie d'une femme de 40 ans. L'épingle, qui avait séjourné deux mois et demi, avait provoqué de la cystite, s'était incrustée de sels calcaires : elle fut extraite par la taille vésico-vaginale.

E. CHEVALIER.

Des phénomènes congestifs dans la pathogénie des hémorrhagies du rein, POUSSON. (*Bull. Soc. Chir.* 1898, p. 590). — POUSSON rapporte l'histoire d'une femme de 23 ans qui lui fut adressée pour hématuries profuses. Il lui fait la néphrectomie et trouve un rein congestionné (néphrite). Guérison.

POIRIER rappelle la malade qu'il a néphrectomisée pour néphrite chronique.

PICQUÉ fait remarquer que les deux reins étant souvent pris, il y a danger à pratiquer la néphrectomie ; il croit que la néphrotomie est préférable dans l'immense majorité des cas.

MONOD également.

E. CHEVALIER.

Cystoscopie et cathétérisme des uretères, par BOISSEAU DU ROCHER (*in. Ann. gen. Ur.* 1898. p. 474). — L'auteur passe en revue les divers cystoscopes simples, opérateurs, pour cathétérisme des uretères, avec une compétence toute particulière puisqu'il a lui-même été l'inventeur d'un système optique et d'un instrument excellents.

Il termine en exposant les modifications définitives qu'il a apportées à la pile à insufflaflation inventée par lui en 1885.

E. CHEVALIER.

Traitement de l'exstrophie vésicale par l'implantation des uretères dans le rectum, par G. FOWLER. (*Am. Jour. of. the Med. science*

mars 1898). — Pour chercher à prévenir l'incontinence d'urine, inévitable après l'emploi de tous les procédés autoplastiques actuellement employés, M. Fowler réprend l'idée première de Mayrl qui consiste à aboucher délibérément les uretères dans le rectum, en confiant au sphincter anal le rôle dévolu à son homologue vésical qui fait toujours défaut dans l'ectopie. Après avoir dilaté le sphincter anal et désinfecté le rectum ; on incise le ventre sur la ligne blanche et on reconnaît les uretères. Pour les atteindre, on incise le feuillet postérieur du péritoine; il est facile alors de les couper à leur insertion vésicale et de donner une certaine obliquité à la section de ces conduits.

Puis, sur la paroi antérieure du rectum, on fait une incision de 7 centimètres suivant le grand axe et comprenant la musculo-séreuse. Le tissu sous muqueux apparaît. Après l'écartement on découpe une languette de muqueuse à base supérieure; on la replie de manière que la moitié de sa face muqueuse soit tournée en avant et on la suture ainsi, en forme de valvule. On couche alors les uretères dans la plaie du rectum et on les fixe avec de fins fils de soie. Sur un enfant de 6 ans ainsi opéré, M. Fowler a vu le rectum s'habituer très vite à retenir l'urine.

Il faut laver le fondement après chaque miction.

L'infection du rein ne serait pas à craindre, par suite de la disposition valvulaire que nous avons décrite.

AUG. BENOIT.

Traitement de la néphrite scarlatineuse. (*Deustche med. Wochenschrift*, 9 juin 1898). — HURWITZ a obtenu un succès aussi rapide que surprenant dans un cas de néphrite scarlatineuse qui avait résisté à tous les traitements, au moyen d'une simple saignée de 200 gr. environ (enfant de 7 ans). Les œdèmes disparurent le lendemain de l'intervention pour ne plus reparaître. L'auteur ne donne malheureusement pas d'autres détails sur ce cas intéressant.

E. VOGT.

Traitement de la gonorrhée par les injections d'ichtyol. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 3, 1898). — TIMOTHEÏEFT a expérimenté des injections d'ichtyol dans 52 cas dont 36 aigus et sans complications, 12 aigus et subaigus compliqués d'épididymite et 4 chroniques (ayant duré de 1 à 2 ans).

Dans les cas aigus où l'on avait commencé le traitement au cours de la première semaine, les gonocoques de Neisser disparaissaient à la fin de la troisième semaine et l'écoulement au bout de 3 à 5 semaines de traitement.

Dans cinq cas le résultat restait médiocre, les gonocoques persistaient dans les sécrétions après 8 semaines de traitement C'est dans ces cas qu'on eut recours aux solutions d'ichtyol très concentrées, de 5 à 6 pour 100, qui provoquaient une cuisson assez forte pendant une heure. Mais le plus souvent la concentration ne dépassait pas 3 à 4 pour 100 : les solutions moins concentrées à 1-2 pour 100 exerçaient une action fort peu énergique.

En comparant les résultats obtenus par les injections d'ichtyol avec ceux qu'on a obtenus chez 32 gonorrhéiques par les injections ordinaires (sulfate de zinc, acétate de plomb), l'auteur arrive à la conclusion que *dans la gonorrhée aiguë les injections d'ichtyol ne précipitent pas la guérison.* Dans des cas où il y a des complications, l'utilité de l'ichtyol s'est manifestée par une diminution rapide du nombre des gonocoques.

Enfin, dans des cas chroniques on a obtenu de bons résultats par les injections profondes (à l'aide du cathéter de Guyon), avec des solutions d'ichtyol à 3-5 0/0.

Dans deux cas de ce genre dans lesquels il y avait un rétrécissement de la portion membraneuse du canal, on avait recours, à côté des injections, à l'introduction de bougies enduites d'onguent mercuriel, ce qui contribua à l'issue favorable.

B. TAFT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef de Laboratoire (accouchements) à la Charité

Des instillations intra-utérines dans les métrites chroniques. (*Congrès français de médecine interne*, avril 1898). — Le Dr H. Iscovesco (Paris), pratique les instillations utérines — immédiatement ou seulement après le traitement placentaire, selon le degré de la lésion — avec une seringue métallique ressemblant à la seringue de Brown et dont l'extrémité porte en guise d'ouverture deux fentes latérales. Le corps de la seringue est gradué. On injecte dans l'utérus 2 à 3 gouttes d'une solution de sulfate de cuivre au 20e et on peut aller jusqu'au 10e. Généralement l'injection n'est pas douloureuse.

Les malades doivent rester couchées. L'injection provoque quelquefois le retour des règles. Pour les nerveuses il sera bon de faire précéder l'instillation — 2 à 3 heures avant — de suppositoires belladonés et opiacés. On peut injecter jusqu'à 5 gouttes à la fois, mais il ne faut pas dépasser cette dose.

Les malades doivent rester couchées de 12 à 72 heures, suivant les phénomenes réactionnels.

L'auteur n'a jamais observé aucun accident : en revanche, dans plus d'une centaine de cas où cette méthode a été appliquée, soit directement, soit après le traitement placentaire, il a obtenu les meilleurs résultats.

Dans une quinzaine de cas rebelles, il a eu recours aux instillations de nitrate d'argent au 40e. On commence d'abord par 2 à 3 gouttes. On peut arriver à faire des instillations au 20e. Il faut, pour ainsi dire, tâter l'utérus et aller avec prudence. On arrive ainsi à ne jamais provoquer la moindre réaction. Certaines guérisons datent de plus d'un an.

R. BLONDEL.

Six années de pratique électrothérapique dans le traitement des fibrômes utérins. (*Bul. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, mai 1898). — Mme KAPLAN-LAPINA a traité par la méthode d'Apostoli 18 cas de fibrômes qui lui ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Le courant continu est un agent de thérapeutique symptômatique des plus précieux dans le traitement des fibrômes utérins, mais il présente toutefois une efficacité variable suivant les cas.

2° Il est capable à lui tout seul d'amener une guérison complète symptomatique suivie d'une régression anatomique plus ou moins considérable dans les fibrômes interstitiels, diffus, du « type métritique ».

Ces fibrômes sont caractérisés : par une augmentation générale du volume de l'utérus, c'est-à-dire, par un épaississement de toutes ses parois d'une façon uniforme et par l'allongement de sa cavité ; par sa consistance fibreuse beaucoup plus dure que celle d'une métrite parenchymateuse chronique ; par l'apparition d'un symptôme dominant, l'*hémorragie*, symptôme tenace et résistant souvent à tous les autres traitements médicaux, sauf l'électrothérapie.

3° Dans les fibrômes plus considérables que les précédents et nettement délimités, la galvanocaustique chimique, positive, peut procurer également une guérison symptomatique plus ou moins constante dans la plupart des cas sans influer cependant notablement sur le volume de la tumeur.

Les échecs sont dus, selon toute probabilité, à l'impossibilité d'appliquer à certaines malades un traitement électrique assez intense, soit à cause de complications annexielles, soit à cause d'une sensibilité nerveuse excessive.

4° Les gros fibrômes qui s'élèvent jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et qui n'atteignent pas encore cependant un volume extraordinaire, sont aussi tributaires du même traitement galvanique, mais à un degré variable.

On obtient encore dans ces derniers cas une guérison symptomatique plus ou moins complète et durable. Quant à la diminution anatomique, elle est beaucoup plus rare.

5° Dans les grands fibrômes sous-muqueux (inclus dans un utérus fibromateux) difficiles à reconnaître au premier abord, le courant continu est un adjuvant précieux de la chirurgie en préparant les malades soit a une intervention opératoire ultérieure, soit en favorisant d'une façon partielle ou complète leur élimination spontanée sous forme de polype.

6° Les fibrômes sous péritonéaux pédiculisés sont généralement peu justiciables de l'action du courant continu, mais peuvent, dans certaines circonstances, retirer un bénéfice plus ou moins considérable d'une intervention électrique appropriée par la libération périphérique des adhérences préexistantes et l'arrêt plus ou moins durable de l'accroissement ultérieur de la tumeur.

E. VOGT.

Traitemént des fibromes utérins par l'hystérectomie vaginale. (*Société de chirurgie*, (1er juin 1898). — M. POTHERAT apporte les résultats de sa statistique pour servir à la comparaison des deux méthodes vaginale et abdominale, dans l'ablation des fibrômes. Il a réuni 43 observations avec trois morts seulement, par la méthode vaginale. Aussi se range-t-il à l'opinion de M. Segond, qui considère que l'hystérectomie vaginale, déterminant un choc opératoire moindre et n'exposant pas à l'éventration, est bien la méthode de choix. M. ROUTIER a fait 38 hystérectomies vaginales pour fibrômes avec 6 morts et 42 hystérectomies abdominales avec 6 morts. Considérant que la voie abdominale s'applique aux cas difficiles il conclut que cette dernière méthode est peut-être la moins grave, d'après ces deux séries. En confrontant ces diverses opinions, il semble que la gravité immédiate diffère peu, par l'une ou l'autre de ces voies.

Mais il demeure le reproche que nous avons signalé concernant les suites éloignées, et en premier lieu l'éventration malgré les meilleures sutures.

AUG. BENOIT.

Technique des opérations intra-abdominales intéressant l'utérus. (*Wratsch*, 5 Janvier 1897). — Dans un travail fort important le Pr FENOMENOFF expose une série de modifications qu'il a introduites dans les opérations intra-abdominales sur l'utérus. Nous allons en indiquer les principales.

Et tout d'abord voyons comment Fenomenoff prépare l'utérus à l'opération.

Pour le désinfecter il se sert de l'action d'un courant à vapeur d'eau à 100 degrés. Pour cela on procède de la façon suivante. On prend une petite marmite hermétiquement fermée, pourvue d'une soupape de sûreté; cette marmite est chauffée très rapidement sur une lampe à pétrole. Pour accélérer l'ébullition on n'a qu'à remplir la marmite d'eau chaude. On obtient ainsi une grande quantité de vapeur d'intensité suffisante. On met la marmite en communication avec un gros tuyau en caoutchouc à l'autre extrémité duquel on adapte une sonde légèrement courbée, munie d'un manche de bois ; cette sonde présente à 7 et 8 centimètres du bout un grand nombre de petits orifices.

La malade est placée sur le bord de la table ; un spéculum à valves est introduit dans le vagin. Après avoir exploré la cavité utérine à l'aide de l'hystéromètre on y introduit la sonde. Ici Fenomenoff attire l'attention sur un petit fait qui a comme il dit une *grande* importance. En employant une vapeur portée à une très haute température il faut prendre garde de ne pas brûler le vagin ou les parties génitales externes.

Pour parer à ce danger le meilleur moyen, d'après Fenomenoff, c'est de recourir à l'irrigation abondante à l'eau froide en se servant pour cela d'une simple injection. Lorsque tout est prêt on applique une pince sur le tube en caoutchouc, on introduit la sonde dans la cavité utérine, puis on laisse tomber un jet d'eau froide, après quoi on enlève la pince.

On fait passer le courant de vapeur pendant un laps de temps déterminé qui varie de 30 à 90 secondes. En procédant ainsi Fenomenoff n'a jamais observé le moindre accident.

Passons maintenant aux modifications opératoires à proprement parler. Elles visent deux buts : 1° Opérer avec le moins de perte de sang possible ; 2° Rendre plus abordable le champ opératoire profondément situé.

Pour atteindre ce dernier but il procède de la façon suivante. La cavité abdominale ouverte, les adhérences disséquées, Fenomenoff saisit avec de fortes pinces de Museux le fond de l'utérus ou bien la tumeur utérine et tire l'organe en haut ou en bas si la malade se trouve placée dans la position de Trendelenburg. En tirant il s'arrange de façon à rendre visible à l'œil et abordable au doigt la surface antérieure de l'utérus et des ligaments larges.

Nous arrivons maintenant à la dernière modification, la plus importante : la ligature des vaisseaux. On a à lier les artères utérines et les artères utéro-ovariennes.

Pour la première ligature on agit de la façon suivante. Après avoir appliqué deux ligatures sur les ligaments ronds à 1-2 travers de doigt de leur insertion on sectionne ces ligaments. Il faut sectionner non seulement le péritoine et la couche musculaire mais aussi le tissu cellulaire sous-jacent. On continue alors l'incision sur la face antérieure du ligament large (parallèlement à son bord supérieur) en la dirigeant vers la paroi latérale du bassin, en se tenant plus près du feuillet antérieur et en plongeant dans le tissu cellulaire interligamentaire, en se servant de préférence du doigt et en attirant en avant le ligament rond sectionné et le lambeau antérieur du ligament large. En arrivant à une profondeur suffisante et en attirant l'utérus on peut facilement non seulemement sentir au toucher mais même *voir* un faisceau vasculaire : dans ce faisceau on distingue sans difficulté l'artère utérine qui ordinairement est très développée.

Si l'on comprime avec le doigt les troncs veineux qui sont situés à côté, les artères deviennent alors plus facilement visibles. Dans la majorité des cas Fenomenoff se contente de lier l'artère utérine au-dessous du point où l'artère vaginale s'en détache, de façon à ne pas anémier les parties auxquelles elle fournit du sang.

Il peut se produire au cours de l'opération, notamment pendant la section de l'utérus au niveau du col, une légère hémorrhagie artérielle : mais on l'arrête facilement par l'application de pinces hémostatiques.

Il est évident que dans les cas où l'on veut pratiquer une hystérectomie totale sans laisser de pédicule, il est plus raisonnable de lier le tronc principal de l'artère utérine, c'est-à-dire au-dessus du point où elle commence à se ramifier.

La ligature des vaisseaux utérins faite, Fenomenoff pratique celle des artères utéro-ovariennes.

Fenomenoff a procédé de la sorte un grand nombre de fois et a obtenu toujours d'ex-

cellents résultats. La quantité de sang perdue est presque insignifiante. L'opération se fait lentement et pour ainsi dire tout à fait tranquillement. Elle produit suivant l'expression de Fenomenoff une impression agréable aussi bien sur le chirurgien lui-même que sur les élèves et les assistants.

B. TAFT.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Le thiocol, nouveau médicament anti-tuberculeux. (*Klin. therap. Wochenschrift*, no 19, 1898.) — SCHWARZ fait remarquer que les succédanés de la créosote jusqu'ici employés ne sont jamais exempts d'inconvénients : les meilleurs présentent une odeur et un goût désagréables. Le carbonate de gaïacol se présente mieux que ses congénères, mais il est difficilement absorbé par l'intestin et la presque totalité du médicament ingéré se retrouve dans les selles. Pour que le carbonate de gaïacol se décompose, il faut nécessairement que des processus de putréfaction intra-intestinal entrent en jeu. Or, le produit en question enraie les phénomènes de putréfaction. Il faudrait donc restreindre les doses si on voulait favoriser la décomposition du médicament : comment, dans ces conditions, espérer un résultat thérapeutique de quelque importance ?

La préparation nouvelle, le *thiocol*, représente le sel potassique de l'acide gaïacol sulfonique :

$$C_6H_2 \begin{cases} /\,OH \\ -\,O\,C\,H_3 \\ \backslash\,SO_3\,K \end{cases}$$

Le thiocol contient 60 0/0 de gaïacol, il est constitué par une poudre ténue, blanche, de goût amer au début, plus tard douceâtre, sans odeur, extrêmement soluble dans l'eau, n'irritant absolument pas les muqueuses et se résorbant entièrement dans l'intestin. On voit de suite combien il est avantageux de se servir de thiocol, car il suffit d'un peu de sirop d'écorces d'oranges pour masquer entièrement le goût d'une solution aqueuse du médicament. On peut donner sans aucun inconvénient des doses de 10 à 15 gr. par jour et pendant longtemps ; on n'observe jamais de diarrhées à la suite de son emploi.

Les tuberculeux, même ceux qui ne supportent pas la créosote, sont rapidement améliorés par le thiocol ; les bronchites chroniques sont de même favorablement influencées. L'action antiputride peut être utilisée dans les cas d'entérite chronique.

E. VOGT.

Etude comparée de l'action physiologique et thérapeutique des chlorhydrates d'hydrastinine et de cotarnine, par J. RONSSE. (*Arch. de pharmacodynamie*, t. IV, p. 207, 1898). — Après un rapide exposé des propriétés chimiques de l'hydrastinine, l'auteur aborde l'observation clinique de l'action du chlorhydrate d'hydrastinine sur les diverses affections pour lesquelles on a préconisé ce médicament. Il en tire les conclusions suivantes : vis-à-vis des maladies de l'appareil génital de la femme, le chlorhydrate d'hydrastinine agit très favorablement pour combattre les diverses hémorrhagies, et surtout les congestions utérines pures et les menstruations profuses.

Son effet est nul dans les myomes et carcinomes utérins.

L'hydrastinine, même à dose très forte, n'exerce pas d'influence nuisible sur l'utérus gravide et ne provoque ni l'avortement, ni l'accouchement prématuré.

Jusqu'à présent aucune donnée n'a permis à l'auteur d'admettre que l'hydrastinine provoque des contractions utérines.

Les modifications de la circulation utérine déterminés par l'hydrastinine se produisent même dans l'utérus normal et diminuent les pertes menstruelles physiologiques.

L'hydrastinine semble combattre efficacement les sueurs nocturnes des phtisiques, les résultats obtenus sont encourageants. Malheureusement, il faut administrer des doses assez fortes, et même parfois légèrement toxiques, pour obtenir l'effet désiré. Après un usage prolongé l'action sur la transpiration semble s'épuiser.

L'action anti-diaphroétique de l'hydrastinine n'est pas absolument fidèle.

Dans les hémoptysies, il convient d'être réservé sur l'usage de l'hydrastinine : sous son influence l'expectoration devient plus difficile et nécessite des efforts de toux plus considérables.

L'influence de l'hydrastinine sur l'épilepsie paraît très douteuse.

L'auteur signale sans conclure 2 cas de néphrite heureusement influencés par l'emploi de l'hydrastinine.

La dose maxima chez l'homme est de trente à trente cinq centigrammes pris par la voie buccale dans l'espace d'une à 2 heures.

A partir de 40 centigrammes, apparaissent

des symptômes d'intoxication : fatigue, parésie, hyperesthésie cutanée.

L'hydrastinine n'est pas un spécifique, il remplit seulement une indication symptomatique, l'administration de ce médicament ne constitue qu'un traitement provisoire pour combattre l'hémorrhagie. Il agit de la même manière que les médicaments à action élective (ergot, morphine, chloral, etc.)

L'étude expérimentale fait l'objet de la seconde partie du travail. Après un historique complet, l'auteur cite ses expériences personnelles sur l'intoxication aiguë et chronique, qui lui permettent de confirmer les résultats obtenus par les expérimentateurs qui l'avaient précédé, et de préciser certains points.

1° La mort survient par arrêt de la respiration et la paralysie du centre respiratoire.

2° La sensibilité tactile augmente au début, puis diminue.

La paralysie est d'origine centrale, elle débute soit par les membres antérieurs, soit par les membres postérieurs, soit d'emblée par les quatre membres.

Comme Archangelsky, Kiseleff et von Bunge, l'auteur observe toujours chez les animaux en liberté une accélération des mouvements cardiaques, contrairement à l'observation faite par Marfori et Falk.

Lorsque l'intoxication est avancée, il survient un ralentissement et une irrégularité des mouvements cardiaques.

L'hydrastinine a une action vasomotrice, qui semble prouvée par des alternatives de contractions et de dilatations vasculaires qui s'observent jusqu'à la mort.

Le péristaltisme intestinal est augmenté.

Marfori, Falk et Archangelsky admettent qu'une action dépressive du système nerveux survient d'emblée. L'auteur a vu au contraire qu'elle est précédée d'une courte période d'excitation faible, d'origine centrale.

Contrairement à l'opinion de Kiseleff et de Vos qui admettent que chez les mammifères il se produit, par des administrations répétées de doses réfractées en injection hypodermique, des phénomènes d'accoutumance ; l'auteur, d'accord avec Arkangelsky, signale une action cumulative.

L'hydrastinine semble ne pas avoir d'influence sur la nutrition.

L'étude sur la circulation a fait l'objet de recherches nombreuses qui ont permis à l'auteur de constater que des doses faibles et moyennes (1 à 10 centigr.) déterminent une accélération des mouvements cardiaques ; à dose forte on observe d'emblée un ralentissement. Le cœur bat encore après l'arrêt de la respiration. L'amplitude des ondes pulsatiles diminue, diminutions tantôt passagères, tantôt permanentes.

La pression sanguine s'élève.

Le chlorhydrate d'hydrastinine provoque une vaso-constriction du côté des organes génitaux et de l'intestin. Cette vaso-constriction survient même lorsque le centre vaso-moteur de la moëlle allongée est paralysé par le chloral.

Il provoque vraisemblablement une action semblable dans le système vasculaire rénal, puisque malgré l'élévation de tension, on observe une diminution de l'excrétion urinaire.

A. CHASSEVANT.

A propos du salicylate de méthyle. (*Soc. méd. des hôp.* 24 mai 1898). — M. CATRIN envoie à la Société le résultat de ses observations dans le traitement du rhumatisme par le salicylate de méthyle. Dans l'attaque de rhumatisme articulaire aigu, sauf le cas d'intolérance absolue de l'estomac, on peut administrer concurremment les deux salicylates de méthyle et de soude, chacun d'eux paraissant jouer un rôle propre contre les deux symptômes principaux de la maladie, le salicylate de méthyle, contre la douleur, le salicylate de soude contre la fièvre.

C'est surtout dans le rhumatisme articulaire subaigu ou chronique, voire même peut-être dans la goutte, que ce médicament paraît acquérir son maximum d'efficacité.

Selon M. SIREDEY, le salicylate de méthyle doit en effet être employé surtout dans le rhumatisme chronique ; il réussit toujours, dans ces cas, lorsque l'enveloppement de la jointure est parfait. Enfin, il faut se garder d'incorporer le salicylate de méthyle dans une pommade, en effet M. Linossier a montré que le médicament perdait alors son efficacité.

Quant à l'emploi simultané du salicylate de soude et du salicylate de méthyle, il paraît plutôt nuisible, les accidents attribués au salicylate apparaissent plus rapidement.

M. NETTER fait remarquer que le salicylate de méthyle n'a aucune action contre la pleurésie séro-fibrineuse, tandis que le salicylate de soude donne de très bons résultats dans cette affection.

M. RÉNON a amélioré considérablement par le salicylate de méthyle trois malades atteints de sciatique, qui n'avaient retiré aucun bénéfice de l'emploi du salophène.

R. BLONDEL.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE

1re PÉRIODE :

Palpitations, essoufflement facile, accès de dyspnée nocturne (par insuffisance rénale) ; polyurie et pollakiurie, vertiges, céphalées, crampes, doigt mort, refroidissement des extrémités, épistaxis, etc.

1° *Régime alimentaire.*

Potages maigres aux légumes écrasés, potages au lait et aux pâtes.

Viandes grillées ou rôties, très cuites (une fois par jour seulement) ; ris de veau, cervelles, volailles.

Poissons de rivière.

Œufs.

Légumes verts et salades cuites : épinards, oseille, chicorée, haricots verts, artichauts, choux-fleurs, petites carottes accommodés au jus ou à la crême et écrasés ou passés au tamis.

Pommes de terre cuites sous la cendre ou en purée ; les autres féculents également en purée.

Fromages à la crême.

Fruits cuits ou en compote ; pommes cuites au four, pêches, raisins.

Crêmes renversées ; œufs à la neige, soufflés, meringues.

Pain en très petite quantité, grillé ou légèrement rassis.

Eau ou thé léger comme unique boisson aux repas. Prendre un litre de lait par jour.

1er déjeuner : Lait, biscuits secs.

2e déjeuner : Œufs peu cuits ou une viande, purée de légumes, fruits ou fromage frais.

Dîner : Un potage au lait, un légume, un fruit ou un entremets.

S'abstenir de bouillon, de bisque, charcuterie, viande de porc, gibier, poissons de mer, coquillages et crustacés, de condiments et épices, de hors-d'œuvres, de crudités (concombres, cornichons, etc.), de choux, choucroute, tomates, asperges, de pâtes d'Italie, de graisses, de chocolat, de fruits secs et huileux, de fromages fermentés, de pâtisseries et sucreries, de vin, bière, liqueurs.

2° Supprimer le tabac.

3° Mener une vie régulière, éviter toutes les causes de fatigue et de surmenage : les veillées, le travail intellectuel, les fatigues corporelles.

Se garer des refroidissements par le port de vêtements de flanelle.

4° Faire chaque jour une friction énergique de quelques minutes de durée avec le gant de molleton imbibé d'alcoolat de lavande.

5° Prendre tous les sept à huit jours deux verres d'eau de Montmirail ou

Eau de vie allemande 6 grammes

dans un verre à Bordeaux d'eau sucrée.

(Landouzy)

6° Lavement quotidien pendant quelque temps ou, chaque matin, l'une des pilules suivantes :

Calomel à la vapeur . .	0 gr. 01
Sucre de lait	q. s.

pour une pilule, F. s. a. vingt pilules semblables.

(Eviter les antiseptiques intestinaux ; naphtol, salol, etc.)

7° Au repas de midi, chaque jour, pendant vingt jours par mois (avec repos de deux jours au bout des dix premiers jours) prendre une cuillerée à bouche de :

Iodure de potassium . .	10 grammes
Eau	300 —

Si la sclérose est peu prononcée et que les phénomènes d'hypertension artérielle dominent, prescrire la trinitrine, au lieu et place de l'iodure.

Eau distillée	300 grammes
Solution alcoolique de trinitrine au 100e	XXX gouttes

(2 à six cuillerées à bouche par jour pendant dix à quinze jours chaque mois).

8° *Traitement symptomatique.*

Contre les vertiges :

Iodure de potassium . .	5 grammes
Bromure de potassium .	10 —
Arséniate de soude. . .	0 gr. 10
Eau	300 —

2 cuillerées à bouche par jour.

Comme diurétique et antidyspnéique :

Teinture de grindelia robusta .	30 grammes
— de convallaria maïalis	10 —
— de scille	5 —

XV gouttes de cette mixture, 3 fois par jour.

(Huchard)

Contre les palpitations :

Teinture alcoolique de digitale	aa 5 gr.
— de scille	
— de racines d'aconit .	

X gouttes, 3 ou 4 fois par jour, pendant 8 ou 10 jours. (Huchard)

Contre les fatigues passagères du cœur (à la suite d'écarts de régime, de surmenage) associer le sulfate de spartéine ou le strophantus à l'iodure de potassium ou de sodium.

Eau distillée.	100 grammes
Iodure de sodium . . .	5 —
Sulfate de spartéine . .	0 gr. 50

une cuillerée à café, deux fois par jour ou :

Eau distillée.	100 grammes
Iodure de sodium	5 —
Extrait de strophantus . .	0 gr. 01

mêmes doses.

9° Les bains trop chauds sont contre-indiqués.

Il en est de même des eaux minérales arsecales, bicarbonatées et surtout sulfureuses.

Les eaux de lavage tels que Vittel, Contrexéville, Evian sont utiles quand il existe de la gravelle, mais à la condition de ne pas être ingérées en trop grande quantité.

Les eaux laxatives de Châtel-Guyon, de Brides, sont utiles chez les artério-scléreux obèses et atteints de constipation habituelle.

Le séjour au bord de la mer ou à des altitudes dépassant 500 à 600 mètres, doit être interdit.

2e PÉRIODE :

Affaiblissement du myocarde ; insuffisance rénale confirmée. Œdèmes et congestions viscérales, etc.

1° Régime lacté absolu, puis, après amélioration, régime mixte composé de lait, potages maigres, œufs, purée de légumes, fruits cuits.

2° Médication cardiaque.

Par la digitale, puis le strophantus, la théobromine.

3° A la période ultime traitement classique de l'asystolie : injections de caféine, d'éther, inhalation d'oxygène, ventouses sèches, etc.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Nominations. — Par arrêté du Préfet de police, le Dr DAVENES est nommé médecin en chef du Dispensaire de la Salubrité, en remplacement du Dr COMMENGE, admis à faire valoir ses droits à la retraite. — Par le même arrêté, le Dr LEMOINE est nommé médecin-chef adjoint au service de la Salubrité.

Nous apprenons la nomination de M. le Dr A. MONPROFIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. comme *professeur de Clinique chirurgicale* à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers ; la chaire était vacante par suite du décès récent de M. le Dr Dézanneau.

Corps de santé militaire. — APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE LA TERRITORIALE. — Le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aura lieu, en 1898, dans les conditions suivantes :

Réserve. — 282 médecins seront convoqués, soit : 5 médecins-majors de 2e classe, 52 médecins aides-majors de 1re classe, 225 médecins aides-majors de 2e classe.

Armée territoriale. — 415 médecins seront convoqués, comprenant : 35 médecins-majors de 2e classe, 180 médecins aides-major de 1er classe, 200 médecins aides-major de 2e classe.

Si les besoins du service l'exigent, un certain nombre de ces médecins pourront être appelés à toute époque de l'année pour faire une période normale d'instruction, soit dans les corps de troupe, soit dans les hôpitaux. Sous réserve de cette disposition, les médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automme en même temps que les régiments territoriaux, et, quelle que soit leur affectation en temps de guerre, ils accompliront leur période d'instruction dans un corps de troupes.

Les futurs honoraires pour soins à l'hôpital. — Du Dr JEANNE dans le *Concours médical* :

« Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a entendu nos vœux réitérés au sujet des abus de l'hospitalisation. Il est permis d'espérer surtout après la nomination de M. le Dr Napias aux fonctions de Directeur, que, bientôt, la gratuité du séjour et des soins à l'hôpital sera le privilège exclusif des pauvres de Paris.

Nos efforts, sur ce point, auront donc abouti quiconque ayant été admis, pourra payer, sera dans l'obligation d'honorer... l'Administration.

Mais serons-nous aussi heureux, quand nous demandons (toujours avec le Conseil supérieur) que ce *quiconque* honore également le médecin d'hôpital qui lui aura donné ses soins ?

Nous entrevoyons là quelques difficultés qu'il faudra pourtant surmonter.

C'est d'abord la routine à vaincre, la légende à démolir. Même après le jugement du tribunal de Murat, songe-t-on à payer le médecin qui vous traite à l'hôpital.

Puis, les chefs de service, qui vont être obligés de réclamer leur dû, sont des médecins arrivés riches, parfois soucieux de la réputation plus que de l'argent. N'oublieront-ils pas qu'ils ont le devoir d'être fermes, à cheval sur le principe, par esprit de solidarité, et en vue d'obtenir tout le bénéfice de la réforme projetée ? Tant de fois nous trouvâmes nos pires adversaires dans nos rangs, que nous conservons quelques inquiétudes.

Mais surtout, on nous a dit que c'est l'Administration qui serait chargée de percevoir les honoraires des médecins. Or, il faudra fixer ceux-ci d'après un tarif, pour éviter contestations et procès en chaque cas particulier.

Eh bien ! ce tarif sera gros de conséquences pour nous, s'il n'est pas établi avec beaucoup de prévoyance. Les tribunaux nous l'opposeront bravement pour chaque litige en clientèle, et, s'il est trop bas, il consacrera l'avilissement général de nos honoraires. Comment oserions-nous, en effet, nous, simples praticiens, taxer nos soins à un prix plus élevé que ceux des Maîtres ?

Ainsi le but poursuivi est bon à atteindre et la campagne à continuer activement.

Mais nous recommandons la circonspection dans le choix des moyens, car il y a des écueils à éviter ».

BIBLIOGRAPHIE

Sérothérapie, par M. LANDOUZY, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris. (*Paris, in-4°, 1898*. CARRÉ et NAUD, *1 vol. 350 pages*). — Ce magnifique ouvrage, édité avec soin et contenant de nombreuses figures, réunit les leçons professées en 1895-96 sur les sérothérapies par le professeur Landouzy. Ces leçons, très documentées, sont un exposé clair et précis de tout ce qu'on avait vu, cherché expérimenté sur ces nouvelles méthodes thérapeutiques à l'époque où elles ont été faites. Elles mettent ces notions à la portée de tous en leur épargnant un labeur analytique et critique indispensable lorsqu'on veut étudier une question si vaste que celle des sérothérapies, question qui a été l'objet de tant de travaux divers faits par de si nombreux chercheurs.

Les premières leçons sont consacrées à la sérothérapie en général, à l'état de la sérothérapie préventive du tétanos, à la sérothérapie antivenimeuse, antistreptococcique. On y trouve, l'historique des efforts tentés, les résultats obtenus, les promesses que donnent ces diverses méthodes thérapeutiques.

La sérothérapie anti-diphtérique, à cause de sa grande importance, et des discussions nombreuses que sa découverte a soulevé, a retenu plus longtemps l'attention du maître, aussi trouvons-nous en détail dans ces leçons l'étude de la préparation du sérum de Roux, ses caractères biologiques, son mode d'applications les résultats qu'on est en droit d'espérer de ce nouvel agent thérapeutique. Le professeur Landouzy fait la critique des avantages et des inconvénients du sérum, et insiste sur les indications, le mode d'emploi, la dose à laquelle il convient d'administrer ce médicament.

Soucieux de compléter les notions pratiques, que le médecin doit connaître pour appliquer le traitement du croup avec succès, M. Landouzy consacre deux leçons à l'étude de l'intubation laryngée, idée émise par Bouchut, entrée depuis 1895 dans la pratique, après les observations d'O'Dwyer en Amérique, et la modification de l'outillage primitif. Ces deux leçons sont un véritable manuel opératoire sur l'introduction et l'extraction des tubes; de nombreuses figures aident à la compréhension du texte.

Dans les leçons suivantes on retrouve les essais d'application des méthodes de sérothérapie aux maladies infectieuses; lèpre, rhumatisme aigu, choléra, variole, typhus, morve, rage, charbon, fièvre typhoïde, peste, tuberculose, etc.

Pour chacune de ces affections, on trouve une étude critique complète des travaux, résultat,

obtenus, les promesses pour l'avenir de la méthode.

Cinq leçons sont ensuite consacrées à la sérothérapie artificielle, leçons dans lesquelles l'auteur s'est efforcé de montrer l'importance et la place de cette méthode dans les grandes médications. Il étudie successivement la composition des sérums artificiels, le rôle des injections salines à faible dose, leur action tonifiante et réconfortante, leur action générale chez les déprimés et les neurasthéniques, leurs indications, leurs avantages, les écueils de la médication.

Puis il aborde la sérothérapie à dose massive, étudiant les transfusions séreuses, montrant que ces injections excitent l'activité cellulaire, modifient l'organisme au point de vue fonctionnel et dynamique.

Après avoir décrit en détail la technique des injections salines, hypodermiques et intraveineuses, le professeur Landouzy montre l'analogie d'emploi, de rôle, d'effets et de résultats des injections massives et des bains frais ou froids dans les toxi-infections.

Les dernières leçons sont consacrées à l'étude de la tuberculine et de la malleïne en tant qu'agents de matière médicale diagnostiques.

L'application de la tuberculine au diagnostic de la tuberculose humaine latente, est l'objet d'une leçon où l'auteur montre que l'application de cette méthode réalise un progrès dans la séméiotique, la nosographie, la pathologie générale, et la thérapeutique des affections tuberculeuses.

Ce livre est indispensable, dans la bibliothèque du médecin, soucieux de suivre les progrès de la thérapeutique. Outre des notions précises, sur les médications étudiées, celui qui lira ces leçons y trouvera un enseignement démonstratif et pratique et apprendra la science des indications, qui seule fait du médecin un thérapeute heureux. M. le professeur Landouzy a démontré dans ses leçons que suivant sa formule : « la thérapeutique doit toujours être clinique, pathogénique, physiologique, opportuniste. »

Dans l'introduction, l'auteur dit que s'il a laissé publier les leçons de 1895-96, c'est à l'instigation de ses auditeurs et élèves ; je suis heureux d'avoir été un de ceux-là, car nous avons ainsi obtenu que notre maître publie une œuvre utile à la thérapeutique.

A. CHASSEVANT.

Des troubles de la voix, d'origne naso-pharyngienne, chez les chanteurs, par le Dr A. COURTADE. (*Archives internationales de laryngologie et otologie*, 1897). — L'exercice de la voix réclame le concours de trois organes : la *soufflerie* représentée par les poumons, la *partie vibrante* qui est le larynx, enfin la *caisse de résonnance* ou table d'harmonie qui est constituée par les cavités du pharynx et du nez. Que la fonction de l'un de ces organes soit altérée et aussitôt la voix sera modifiée, soit dans *son intensité*, soit dans *son étendue*, soit dans *son timbre*.

Comme les organes respiratoires sont des plus fréquemment atteints, sous les influences les plus diverses, cela explique le très grand nombre de cas de troubles de la voix ; on les observe plus souvent chez les artistes lyriques que chez les artistes dramatiques parce que chez les premiers la voix doit être sonore, pure et harmonieuse dans toute l'étendue de l'échelle musicale propre a chaque genre de voix, c'est-à-dire dans l'étendue d'environ deux octaves, tandis que chez les derniers la voix ne s'exerce que sur quelques notes du médium.

Dans les affections inflammatoires du pharynx, la voix est modifiée dans l'une de ses qualités : pureté, timbre, étendue, sonorité, parce que la contractilité du tube pharyngien est diminuée ou difficile et que les secrétions contribuent, pour une certaine part, à troubler les fonctions vocales.

Les affections du nez, surtout celles qui déterminent l'obstruction, donnent à la voix un timbre particulier que tout le monde connaît.

Le traitement de l'affection nasale ou pharyngienne suffit à lui seul, quand le larynx n'est pas atteint, à restituer à la voix ses qualités propres, comme le démontrent les observations citées.

En résumé, on peut exprimer schématiquement la participation de chacune des trois parties qui constituent la machine vocale en disant que : des poumons, dépend l'ampleur de la voix ; du larynx la tonalité et peut-être le timbre et du conduit naso-pharyngien le timbre et l'harmonie des sons.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3 rue Bourdaloue. Paris. *Le Propriétaire-Gérant*. R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Principes de déontologie médicale. — La Société médicale du X^e^ arrondissement a adopté dans une séance récente les propositions suivantes formant un petit code de déontologie médicale.

Article premier. — Tout médecin appelé accidentellement auprès d'un malade en traitement, devra se borner à prescrire des médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment, ne se permettre aucune appréciation sur le traitement suivi jusque-là, et ne se présenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Art. 2. — Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille doit, s'il s'aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant absent ou malade, ne donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

Art. 3. — Si le médecin appelé en l'absence du médecin traitant constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour la suite de sa maladie, il peut, s'il a fait vainement de loyaux efforts pour faire rappeler le médecin traitant, soit comme médecin habituel, soit en consultation, continuer à voir le malade, mais il doit en ce cas avertir lui-même, sans délai, son confrère.

Art. 4. — Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir vis-à-vis du malade et de son entourage de toute réflexion ; la consultation étant faite à part, le traitement convenu sera appliqué par le médecin ordinaire.

Art. 5. — Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille, ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau, ou autorisé par le médecin traitant.

Art. 6. — Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Art. 7. — Le Cabinet de consultation est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament, et quel que soit le médecin traitant.

Art. 8. — Le médecin des Eaux et les spécialistes doivent rendre au médecin traitant son client, à l'issue du traitement spécial, et abandonner à leur confrère la direction du traitement général, à moins d'entente nécessaire ; si le médecin des Eaux ou le spécialiste juge utile de faire des recommandations spéciales, elles devront être adressées, sous pli cacheté, remis par le malade ou transmis par la poste, au médecin habituel.

L'exécution des ordonnances médicales des pharmaciens. — D'un jugement rendu le 20 mai par la 10^e^ Chambre du tribunal correctionnel de la Seine, sous la présidence de M. MARMONNIER, il résulte que lorsqu'un pharmacien se trouve en présence d'une ordonnance qu'il considère comme non exécutable, il est de son devoir de ne pas se substituer au médecien en vue de préparer un autre médicament, et le fait par lui de ne pas observer cette règle de conduite constitue une contravention aux lois sur la pharmacie.

Voici, au surplus, le texte du jugement :

« Le Tribunal :

« Attendu que, le 18 mars 1898, la dame R. porta chez le pharmacien B. une ordonnance médicale pour une potion stimulante que devait prendre sa petite fille Marie-Louise, âgée de 14 mois ;

« Attendu que cette potion devait contenir vingt-quatre gouttes de liqueur ammoniacale anisée ; qu'il n'y en avait plus à la pharmacie et que B. ordonna à son élève de la remplacer par une goutte d'ammoniaque et par de l'essence d'anis et que l'élève n'ayant pas pris un compte-gouttes laissa tomber dans la potion une quantité supérieure d'ammoniaque.

« Attendu qu'il résulte du rapport de l'expert que, d'après l'ordonnance, la dose d'ammoniaque comprise dans la potion devait être d'environ cinq milligrammes de gaz ammoniaque et qu'elle s'est élevée, en réalité, à un gramme d'ammoniaque, c'est-à-dire à une dose deux cents fois supérieure à celle qui était prescrite ;

« Attendu que l'enfant n'a absorbé qu'une quantité infinitésimale de ce remède; que si cette erreur, comme cela a été constaté, n'a été pour rien dans l'aggravation de sa santé, il n'en résulte pas moins d'après le rapport du Dr Ogier que la potion n'a pas été préparée conformément à l'ordonnance du médecin ;

Attendu que si l'ammoniaque anisée ne figure pas au codex, et en admettant que le pharmacien, comme il le prétend, ait pu exécuter l'ordonnance par un mélange d'ammoniaque et d'anis, il aurait eu au moins le devoir strict de compter les gouttes indiquées sur l'ordonnance :

« Attendu que si l'ordonnance n'était pas exécutable, ainsi qu'il a été soutenu à l'audience sous le prétexte qu'il y a trois sortes d'ammoniaque anisée, et que le médecin n'avait pas précisé aucune de ces formules connues, il était du devoir du pharmacien de ne pas se substituer à lui pour improviser un médicament ;

« Attendu qu'aucun des moyens invoqués après coup, n'est admissible et qu'il est établi que les dispositions de la loi n'ont pas été observées à quelque point de vue qu'on se place ;

« Attendu que c'est sur l'ordre formel du patron que l'élève a fait cette préparation et par conséquent que B. est seul responsable de l'infraction commise aux dispositions de l'article 37 de l'arrêt du Parlement de Paris, du 28 juillet 1748, de l'article 32 de la loi du 21 Germinal, an XI et de l'ordonnance du 8 août 1816;

« Par ces motifs :

« Déclare B. coupable et en réparation, le condamne à cinq cents francs d'amende ; le condamne en outre aux dépens. »

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement ponr les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Principaux Médicaments internes employés en Gynécologie (1)

Par MM. les Drs F. LABADIE-LAGRAVE

Médecin de la Charité.

et F. LEGUEU

Chirurgien des Hôpitaux, agrégé de la Faculté.

(Suite et fin)

Apiol. — C'est un liquide jaunâtre, huileux, non volatil, plus lourd que l'eau, que MM. Joret et Homolle ont retiré de la graine du persil, dont il représenterait le principe actif. Joret et Homolle sont les premiers qui ont employé avec succès l'apiol contre l'aménorrée et la dysménorrée, dans les cas où les troubles de la menstruation paraissent relever d'une atonie nervo-vasculaire du système génital.

Des recherches ont été entreprises dans ces derniers temps par MM. Mourgues et Laborde sur l'action physiologique de quelques principes immédiats du persil.

Les premiers renseignements ont d'abord été fournis par M. Laborde sur des produits complexes obtenus par M. Chapoteaut sous le nom d'apioline. M. Laborde a reconnu que les phénomènes caractéristiques de son action se résument dans les états suivants : un état d'ivresse avec tremblement, somnolence, stupeur, parésie et incoordination motrice, accélération des mouvements respiratoires et des battements du cœur ; finalement, à dose toxique, asphyxie et mort.

L'action physiologique proprement dite, d'après Laborde, s'exerce d'une façon élective, par l'intermédiaire du système nerveux sur le système circulatoire ; elle détermine des congestions vasculaires et excite la contractilité de la fibre musculaire lisse et surtout de la vessie, des intestins et de la matrice chez la femelle, si bien que, chez cette dernière en gestation (femelle de cobaye), on provoque l'accouchement prématuré avec ou sans la mort de l'animal selon la dose. Chez le mâle, il y a une action congestive réelle (érection) sur les organes génitaux (action aphrodisiaque). Cet essai expérimental semble bien expliquer les effets de l'apiol sur la menstruation.

Dans des recherches expérimentales ultérieures, MM. Mourgues et Laborde ont examiné les propriétés : 1° du cariol, principe isolé, par Mourgues, des graines du persil ; 2° d'un mélange de cariol et d'apiol ; 3° de l'apiol cristallisé ; 4° des divers produits que l'on rencontre dans le commerce et qui sont comparés aux précédents.

(1) Extrait du *Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie* qui vient de paraître à la Librairie F. ALCAN.

L'action fondamentale des principes immédiats du persil se résume dans des phénomènes excito-moteurs dont l'intensité s'accroît avec les doses.

L'apiol et le cariol agissent tous les deux sur les centres vaso-moteurs ; de là une vaso-dilatation congestive paralytique, avec prédominance du côté du système génito-spinal. Les expérimentateurs ont constaté directement cette dilatation sur les vaisseaux utérins et péniens. Par ces expériences se trouvent confirmées les anciennes données empiriques sur l'action aphrodisiaque et emménagogue du persil et de ses principes.

Armoise. — L'armoise (artemisia vulgaris) doit ses propriétés à l'essence qu'elle renferme. Toutes les parties de la plante sont utilisées, particulièrement les sommités fleuries. On les emploie en infusion, mais il existe en outre un grand nombre de préparations pharmaceutiques : essence, macération vineuse, hydrolat, sirop d'armoise, extrait qui, toutes, sont plus ou moins délaissées pour la poudre employée en infusion, quelquefois en injections vaginales.

Il existe un sirop d'armoise composé dans lequel entrent la rue et la sabine.

L'armoise a toujours joui dans tous les temps de la réputation de combattre l'aménorrée. Elle paraît exercer une action élective sur le système génital, probablement par l'intermédiaire des centres nerveux et vaso-moteurs. En fait, sa réputation est bien justifiée et il n'est pas douteux qu'elle facilite l'éruption des règles et combatte souvent, avec quelques succès. les troubles nerveux qui les accompagnent.

Anémone pulsatile. —L'anémone, employée autrefois dans les maladies des yeux, sur le conseil de Stork, a été de nouveau tirée de l'oubli en raison des propriétés emménagogues que les anciens lui avaient d'ailleurs reconnues. Dans certaines régions de l'Allemagne, les femmes administrent, dans le but de faciliter ou de provoquer les règles, l'infusion vineuse de pulsatile noire. Aujourd'hui, on a préconisé contre la dysménorrée, quatre jours avant les règles, l'extrait alcoolique à la dose de 40 gouttes. Si la menstruation se produit, on cesse le traitement pendant trois ou quatre jours, puis on le reprend les trois ou quatre jours suivants. On a recommandé de donner l'extrait alcoolique d'anémone dans les cas de chlorose, dans les névralgies ovariennes, à la suite de la métrite chronique ou de l'inflammation des annexes.

L'anémone possède une action moins sûre que l'extrait alcoolique en raison de sa facile décomposition,

Ajoutons que l'emploi de l'anémone a été encore préconisé dans le traitement des maladies utéro-ovariennes, en raison de son action résolutive.

Millefeuille, Matricaire. — A côté de l'armoise on peut citer comme emménagogue la millefeuille (achillea millefolium) qui appartient à la même famille.

L'aménorrée disparaîtrait dans un grand nombre de cas. On a rapporté un certain nombre d'observations heureuses, concernant des aménorrées d'origine tuberculeuse. Peut-être, en raison de ce fait curieux, y aurait-il intérêt à vérifier les propriétés qui sont attribuées à cette plante.

On emploie les sommités fleuries à la dose de 10 grammes pour 500 grammes d'eau en infusion.

La matricaire est encore une plante qui jouissait de propriétés emménagogues à la dose de 4 à 12 grammes par litre d'eau. On a accordé la même vertu à la chélidoine fraîche, qui paraît avoir été employée comme révulsif. Cette plante renferme un suc rouge qui sort des tiges lorsqu'on la froisse.

Safran. — L'action emménagogue du safran a été citée par tous les auteurs. Mais les exagérations dont ont fait preuve sur ce point les anciens médecins, ont été remplacées de nos jours par des appréciations plus sceptiques, mais peut-être plus vraies. On a reconnu son infidélité dans plus d'un cas. Il n'est cependant pas douteux que le safran ne possède une telle propriété, qui serait mise à profit avec plus de succès, si l'on connaissait mieux ses indications. Des tentatives sur ce point ont été faites par Delioux de Savignac, qui attribuait son efficacité sur ce point à la disparition de l'état spasmodique général ou local. Le safran provoquerait le retour des règles par un mécanisme inverse de celui d'autres emménagogues, tels que l'armoise, la rue, l'apiol, et serait indiqué lorsque les règles sont supprimées par hyperexcitabilité du système nerveux.

Dans la dysménorrée douloureuse, il agit encore comme calmant et antispasmodique.

Le safran, comme emménagogue, se donne à la dose de 1 à 4 grammes en infusion; on emploie encore l'essence à la dose de 5 à 6 gouttes. La teinture est usitée à la dose de 4 à 20 grammes.

Indigo. — L'action emménagogue de l'indigo a été indiquée par les médecins américains, par L. Gount et par J. L. Jones, qui se sont servis de cette substance avec succès dans plusieurs cas.

Dans un cas cité par Jones, il s'agissait d'une jeune femme de vingt ans, ayant, sans cause apparente, une suppression des règles datant de cinq mois. Avec l'indigo, les règles se sont rétablies régulièrement. Jones s'est servi depuis de l'indigo dans quatorze cas avec un seul insuccès. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une grossesse. Pendant l'emploi du médicament, l'orifice utérin s'était un peu ramolli et admettait facilement l'extrémité du doigt.

Jones a recommandé comme un excellent emménagogue l'indigo pulvérisé, à la dose de 2 à 3 grammes, ou l'extrait concentré, de 30 à 60 centigrammes, trois fois par jour. On doit ajouter du sous-nitrate de bismuth parce que le médicament provoque souvent des vomissements.

Permanganate de potasse. — L'action emménagogue du permanganate de potasse a été mise en évidence par les observations de W. Stephenson, professeur à l'Université d'Aberdeen, qui a relevé, dans l'espace de trois ans, 105 cas dans lesquels cette substance a donné des résultats certains. Le médicament était administré sous forme de pilules de 10 centigrammes, jusqu'à six pilules par jour après les repas. Quelques malades ont suivi le traitement pendant deux ou trois mois. L'action avantageuse du permanganate sur l'aménorrée ne serait pas douteuse. Voici d'ailleurs les résultats obtenus par W. Stephenson. Sur 22 cas d'aménorrée primitive, la menstruation a été rétablie dans 12; dans 2 cas, le résultat ne fut que temporaire; dans 8 il fut complètement nul. Sur 10 cas d'aménorrée primitive ou de menstruation défectueues, les résultats furent excellents dans 6. Le médicament sembla raccourcir les périodes intermenstruelles dans 5 cas sur 12, dans lesquels il y avait de longs retards.

Dans 18 cas, les souffrances qui accompagnaient la dysménorrée était notablement calmées.

Une autre propriété du permanganate est d'avoir une action notable sur la leucorrée, mais dans quelques cas, les résultats ne se montrent qu'après une première période menstruelle.

Dans la plupart des cas, la céphalalgie liée à la menstruation ou aux troubles menstruels été supprimée ou seulement très diminuée. Le permanganate agit encore, d'après

les observations de cet auteur, sur la douleur ovarienne, et offre ici plus de garantie que dans le traitement de la leucorrée. Le même médicament agit encore pour modérer une menstruation trop abondante: on pourrait donc le considérer comme un régulateur de cette fonction.

Son action est due à la modification de l'état constitutionnel qui donne lieu aux troubles menstruels. W. Stephenson pense que le manganèse agit sur le système vaso-moteur comme tonique. Chez les jeunes filles dont la circulation est languissante, les extrémités et la face légèrement bleuâtres et qui, sans être anémiques, sont apathiques, le permanganate augmenterait l'énergie, stimulerait la circulation et ferait baisser le poids corporel en soustrayant de l'eau au sang. L'influence favorable sur la régulation des menstrues témoigne encore d'une action sur le système nerveux.

En résumé, le permanganate de potasse semble agir surtout sur les centres vaso-moteurs qui commandent la circulation de l'appareil génital.

Aloès. — Parmi ses différentes propriétés, l'aloès possède, entre autres, celle de congestionner le rectum et les vaisseaux hémorroïdaux et, en général, tous les vaisseaux du petit bassin et par conséquent de l'utérus et des ovaires. Sa vertu emménagogue est connue depuis longtemps.

L'aloès sera donc indiqué dans tous les cas où l'aménorrée est liée à un état anémique de l'appareil utéro-ovarien ou à une fluxion viscérale, à la congestion du foiê, du poumon, etc.

La chlorose est très souvent accompagnée d'aménorrée et de constipation ; dans ces cas, l'aloès à petites doses aura le double avantage de jouer un rôle de laxatif et de ramener la fluxion dans l'appareil utéro-ovarien.

De même l'aménorrée accompagne souvent une affection viscérale chronique, la tuberculose pulmonaire par exemple. Dans ces cas l'aloès peut rétablir, au moins temporairement, les règles. Mais on peut se demander si cette action offre, en fin de compte, un résultat utile, et si, en ramenant le flux périodique, on n'exagère pas l'anémie des malades et. d'un, autre côté, si la fluxion opérée dans le petit bassin, fluxion suivie du rétablissement des règles, supprime ou même diminue la fluxion pulmonaire entretenue par la présence des foyers tuberculeux.

Quant à l'action attribuée à l'aloès sur la contractilité utérine, elle est nulle : en tout cas elle n'est pas directe. Mais il se peut qu'une violente irritation déterminée sur le gros intestin produise à distance une excitation plus ou moins vive de l'utérus. Ainsi s'explique l'erreur qui consiste à faire de l'aloès un ecbolique.

L'aloès employé comme emménagogue a été prescrit avec succès sous forme de pilules contenant : aloès 4 grammes ; myrrhe 2 grammes ; safran 1 gramme ; pour des pilules de 20 centigrammes. Il ne s'agit d'ailleurs ici, comme dans bien d'autres cas, que d'un traitement symptomatique dont les effets ne peuvent être durables qu'en tenant compte des causes de l'aménorrée.

Hydrastis canadensis. — On retire de l'hydrastis canadensis différents principes actifs qui ne sont pas encore parfaitement déterminés.

Le premier observateur qui chercha à déterminer la composition chimique de cette plante vivace fut Alfred Burnand, de Philadelphie.

Il y reconnut, entre autres, un corps particulier azoté, cristallisable, pour lequel il proposa provisoirement le nom d'hysdrastine, supposant qu'il s'agissait d'un alcaloïde que Disone Perrins, de Londres, a obtenu plus tard à l'état de pureté.

Outre ce principe, l'hydrastis contient, d'après les recherches de Rafinesque, Kemp, Fleitmann, un autre alcaloïde appelé berbérine, qu'on retrouve aussi dans beaucoup d'autres plantes.

L'étude physiologique du médicament a été faite par Fellner, dans le laboratoire du professeur Buch, de Vienne.

Cet auteur a démontré que la solution de phosphate de berbérine à 1/100e et la solution de chlorhydrate d'hydrastine au 1/10e déterminent des effets sensiblement identiques.

Introduite chez l'animal en injections sous-cutanées, cette substance fait passer l'intestin par des alternatives de rougeur et de pâleur. Les contractions du cœur deviennent plus faibles, se ralentissent d'abord, pour devenir arythmiques, si on augmente la dose. Enfin, on constate des contractions très évidentes dans les vaisseaux et dans les muscles de l'utérus.

Cette action vasculaire en a fait un succédané fort utile de l'ergot de seigle, qu'il peut remplacer avec avantage, surtout dans les cas de métrite blennorragique, de déplacements utérins, avec hémorragie, dans les ménorragies chez les jeunes filles, dans les métrorragies puerpérales, ainsi que dans celles qui accompagnent la périmétrite.

C'est également dans les cas de ménorragies, de règles prolongées, que l'hydrastis donne d'excellents résultats en déterminant la décongestion de l'appareil utéro-ovarien.

Quant à la dose, Schatz a fait prendre 30 gouttes toutes les quatre heures, mais Fellner a observé que les effets de l'hydrastis disparaissent au bout d'une heure ; aussi donne-t-il des doses plus élevées et plus rapprochées, sans avoir observé le moindre inconvénient. Le même auteur a constaté qu'on peut donner jusqu'à 6 grammes de cette substance par la voie stomacale sans inconvénient.

Les doses ordinaires sont de 15 à 20 gouttes de teinture prises trois à quatre fois par jour dans un peu d'eau. Le phosphate de berbérine et le chlorhydrate d'hydrastine ont été employés aux doses de 5 à 8 centigrammes de chaque, par jour.

Parmi les dérivés de l'hysdrastis se trouve :

L'hysdrastinine, étudiée par Falk et formée, comme l'ont vu Freund et Will, de l'hydrastine par oxydation ; celle-ci se dédouble en une base, l'hydrastinine, et un acide, l'acide opianique.

Falk a particulièrement étudié et utilisé les propriétés vaso-constrictives de cette substance.

Dans les hémorragies, l'hydrastinine est très utile lorsqu'on ne constate pas de lésions locales. Dans la dysménorrée congestive, la menstruation s'effectue sous son influence sans phénomènes congestifs, et les règles sont moins longues.

Les résultats sont également bons dans les métrorragies chez les jeunes filles. Dans tous les cas que Falk a observés, la menstruation se produisait tous les quinze jours; l'hydrastinine abrégea la durée de la menstruation et augmenta les intervalles, qui comprenaient cinq semaines à cinq semaines et demie.

Karl Abel a vu des résultats favorables seulement après les injections sous-cutanées d'hydrastinine. Celles-ci, employées comme préventives, sont faites de une à quatre fois par semaine à la dose de 5 à 10 centigrammes; mais pendant l'hémorragie on injecte chaque jour 10 centigrammes.

Abel a trouvé que l'hydrastinine, longtemps employée, agit aussi bien dans les hémorragies avec lésion (endométrite, métrite), que dans les hémorragies dans lesquelles on ne trouve aucune lésion et dans les hémorragies congestives pendant la grossesse. Dans trois cas de myome utérin, l'action favorable n'a pas été meilleure qu'avec le traitement ergoté.

Viburnum prunifolium. — Ce médicament a été introduit dans la thérapeutique par un médecin américain, Phares, qui lui a reconnu des propriétés astringentes, diurétiques, toniques et antispasmodiques. Le premier, il a insisté sur l'utilité de son emploi pour combattre les dysménorrées et comme préventif dans les avortements. En France, il a surtout été étudié par M. Auvard et par Monclar, qui en a fait le sujet de sa thèse.

On emploie l'écorce de cette espèce de viburnum ; il est connu surtout comme médicament utérin, mais même sous ce rapport les opinions sont un peu contradictoires ; et si sa caractéristique thérapeutique réside dans la sédation qu'il apporte au système utéro-ovarien, on lui reconnaît aussi d'autres propriétés. Jenks et Phares ont reconnu en lui un tonique de l'utérus, tandis que pour Paynes le viburnum n'agit qu'en modifiant l'innervation spinale.

Le viburnum prunifolium a été employé, à titre de sédatif utérin, en vue de calmer les douleurs de la dysménorrée membraneuse toutes les fois que celle-ci ne reconnaît pas quelque obstacle mécanique pour cause.

Bates et Jenks ont employé avec succès cette plante pour combattre les métrorragies de la ménopause.

Son emploi paraît surtout indiqué dans les douleurs qui résultent de la contraction des fibres lisses. C'est en effet dans les tranchées utérines, dans les coliques intestinales, que le viburnum paraît avoir fourni les meilleurs résultats.

C'est à ce titre qu'on a pu le substituer à l'opium pour prévenir l'avortement et combattre l'irritabilité du muscle utérin dans les fausses couches imminentes.

De même le viburnum a été employé avec succès pour combattre les tranchées utérines consécutives à l'accouchement, alors que ces contractions douloureuses ne dépendent pas de la rétention de caillots ou membranes.

Pour Schatz, le viburnum réduit ou supprime les contractions utérines qui surviennent si facilement chez les femmes qui ont eu des fausses couches antérieures. Il recommande seulement d'employer régulièrement ce remède pendant plusieurs mois à la dose de 2 à 3 grammes d'extrait sec par jour. Schatz incline à croire que le viburnum agit en excitant les centres inhibiteurs de l'utérus plutôt qu'en déprimant les centres moteurs de cet organe.

Trois préparations surtout sont employées : l'extrait fluide, l'extrait mou et la teinture.

Auvard a expérimenté surtout la teinture qui peut être donnée à la dose de 100 à 150 gouttes en vingt-quatre heures.

Le principe actif parait être la viburnine, qui a été découverte par Van Hallen, mais qui ne paraît pas avoir été expérimentée. Les indications de son emploi dans l'avortement sont les mêmes que dans la prophylaxie de l'avortement.

Suivant Auvard, on ne doit pas employer le viburnum dans les cas suivants :

Lorsqu'il y a eu rupture des membranes. On peut cependant l'employer lorsqu'au sixième ou au septième mois d'une grossesse on a des chances, malgré la rupture des membranes, de pouvoir éviter l'avortement.

Si le fœtus est mort.

Si l'avortement est en pleine voie.

On doit, par contre, le prescrire lorsque la mère souffre d'une maladie qui contre-indique tout retard dans l'accouchement. Enfin, on ne le donnera pas pour les tranchées utérines tant que l'utérus ne sera pas complètement vide.

Le viburnum a l'avantage sur l'opium de n'être pas toxique et de ne pas constiper.

Piscidia. — On attribue à la piscidia des propriétés hypnotiques très manifestes. Toutefois la piscidia serait surtout un analgésique ; la suppression de la douleur expliquerait la production du sommeil.

La piscidia agirait surtout sur le système nerveux central, sur les centres gris bulbaires et médullaires. De là les troubles cardiaques et pulmonaires et l'exagération des réflexes.

Il importe cependant de faire remarquer combien est incomplète cette expérimentation qui est muette précisément sur les propriétés narcotiques ou sédatives qui ont fait utiliser la plante.

La piscidia, en effet, a été utilisée en raison de ses propriétés calmantes dans tous les états d'éréthisme nerveux compliquant les diverses maladies organiques. C'est à ce titre qu'elle a pu rendre des services dans les troubles nerveux accompagnant les maladies de l'appareil utéro-ovarien, ou la dysménorrée.

La piscidia a donné de bons résultats dans la névralgie, même dans des névralgies faciales, qui ont pour origine la carie dentaire. Dans les névralgies lombo-abdominales, la piscidia a été associée par Huchard au viburnum.

On lui reconnaît comme principal avantage de ne pas causer de troubles gastriques comme l'opium. La poudre se prescrit à la dose de 2 à 4 grammes par jour en deux ou trois doses dans la journée.

L'extrait fluide se donne à la dose de 2 à 6 grammes dans du sirop.

La teinture alcoolique, préparée au cinquième, s'administre dans une potion à la dose de 40 à 50 gouttes par jour.

Belladone. — Cannabis indica. — J. W. Parlow a appelé l'attention, en 1889, sur les services que peut rendre l'absorption rectale dans diverses maladies des organes pelviens. L'avantage de cette méthode de traitement se trouve surtout dans le fait que les médicaments sont mieux retenus par le rectum que par le vagin. La *belladone* et le *chanvre indien* exercent une action sédative très notable sur l'utérus lorsqu'ils sont introduits par le rectum. D'ailleurs, ces médicaments déterminent plutôt l'exonération que la constipation.

Dans les affections pelviennes, le *cannabis indica* possède une action sédative comparable à celle de la belladone. Il se trouve indiqué dans les affections douloureuses des ovaires et des organes du petit bassin. En outre, il permet de combattre efficacement les troubles nerveux et notamment la céphalalgie qui relèvent des affections pelviennes chez la femme.

A l'âge de puberté, la menstruation est très souvent douloureuse ; il existe des troubles variés du côté des organes du petit bassin et il n'est pas très rare de voir les premières règles être suivies de troubles nerveux et de symptômes d'affaiblissement. On parvient à diminuer les hémorragies, la faiblesse, en diminuant également les symptômes utérins pénibles. Cette indication peut être remplie par la belladone et le cannabis, que l'on emploie quelques jours avant l'époque présumée des règles.

Les mêmes effets peuvent être obtenus dans les douleurs ovariennes et les troubles divers qui accompagnent la ménopause. Parlow recommande de prescrire 1 à 2 centigrammes d'extrait de belladone et d'extrait de cannabis en suppositoires rectaux dont on se sert seulement la nuit, quelquefois le matin, après avoir vidé le rectum par un lavement. Certains malades ne peuvent pas supporter plus de 5 à 7 milligrammes d'extrait de belladone, même par le rectum.

Opium. — L'opium en gynécologie et en obstétrique répond à deux indications : calmer la douleur, arrêter ou tout au moins modérer les contractions des organes contenant des fibres lisses.

1° Les propriétés calmantes de l'opium ont été utilisées dans toutes les affections douloureuses du petit bassin, partout où il y a indication de calmer la douleur. Toutefois, l'emploi des opiacés a trouvé sa place surtout dans les affections dans lesquelles la douleur tient à l'inflammation. Si les affections névralgiques sont momentatément atténuées par les injections de morphine, on aura un mieux plus durable en s'adressant aux analgésiques proprement dits, notamment à l'antipyrine ;

2° Comme amyosthénique, l'opium ne rend pas moins de services dans le traitement des affections utérines. Il détermine le repos des organes tout comme le séjour au lit le favorise. Dans les affections dysménorréiques, la contraction est un des facteurs de la douleur, et l'opium réussira ici surtout parce qu'il arrête les contractions douloureuses et l'éréthisme nerveux qui accompagne la menstruation douloureuse. Peut-être aussi ce médicament fait-il cesser la rigidité du col, qui entre pour une certaine part dans la dysménorrée.

Antipyrine. — C'est en décembre 1887 que M. Laget, de Marseille, a fait connaître à la Société de Biologie, les bons effets qu'il a obtenus comme sédatif douloureux de l'administration de l'antipyrine à la dose de 4 grammes pendant la dernière période du travail. Quelques mois plus tard, le 13 mars 1888, M. Queirel, de Marseille, signala les effets des injections d'antipyrine dans les diverses périodes de la parturition. L'auteur employait des injections sous-cutanées de cette substance à la dose de 25 centigrammes. Vingt ou vingt-cinq minutes après ces injections, la douleur était calmée sans influence fâcheuse sur la marche du travail, ni sur la délivrance.

Dans la suite, Liecki, assistant à Lemberg-Hôpital (Galicie), arriva à cette conclusion que l'antipyrine est un des meilleurs moyens à recommander pour diminuer les douleurs du travail. Il prescrivait ce médicament à l'intérieur à la dose de 1 gramme, répété toutes les deux heures si le besoin s'en faisait sentir. Après chaque dose, les douleurs cessent sans que les contractions soient plus lentes ni moins énergiques.

Les malades, dit M. Auvard, qui rapporte cette communication, sentaient seulement les douleurs accompagnant le passage de la tête à travers le canal génital ; mais ces douleurs étaient bien moindres que celles éprouvées aux précédents accouchements.

L'action analgésique de l'antipyrine dans les accouchements fut essayée avec succès par M. Imbert de la Touche, de Lyon, et par Fauchon, d'Orléans. Ces deux derniers associaient à l'antipyrine une certaine dose de cocaïne. Auvard soumit ensuite cette méthode à l'épreuve et employa pour les injections sous-cutanées, la solution suivante :

Antipyrine.....	7 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 10
Eau.....	20 gr.

Elle renferme un peu moins de 30 centigrammes d'antipyrine par seringue de Pravaz.

Le résultat n'a pas été conforme à son attente et, dans la plupart des observations, les effets notés furent à peu près nuls. L'auteur s'est cru autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° Chez certaines femmes particulièrement impressionnables, l'administration de l'antipyrine, pendant le travail, semble produire un soulagement réel, mais le plus souvent léger, dû soit à l'action propre du médicament, soit plutôt à l'influence morale et suggestive de l'injection hypodermique.

2° Dans la majorité des cas, l'action de l'antipyrine est nulle ;

3° Donc, sans nier les bons résultats qu'on peut exceptionnellement obtenir à l'aide de ce médicament, son heureuse influence sur les douleurs de l'accouchement doit être considérée comme très inconstante et on ne peut en aucune façon le mettre en parallèle avec le chloral ou le chloroforme, dont la puissance anesthésique est aujourd'hui incontestable.

On fait enfin remarquer que l'antipyrine employée contre les tranchées utérines avait l'avantage de calmer parfois les douleurs sans empêcher les contractions de se produire.

De l'Entérocolite auto-infectieuse d'origine grippale à forme intermittente

par le Dr Martin-Raget (d'Arles)

C'est une forme clinique spéciale de la grippe, à localisation intestinale particulière et bien typique, dont il m'a été donné d'observer sept cas semblables au cours de cette dernière épidémie, dans l'arrondissement d'Arles.

Elle se caractérise, en dehors des phénomènes généraux qui accompagnent l'infection grippale, par de l'*entéralgie* à caractères paroxystiques, avec *entéroplégie*, accompagnées de violents accès fébriles, à forme absolument intermittente, et où j'ai trouvé le *muguet dans chacun de ces cas*. C'est une forme très tenace, très rebelle, et persistant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

L'étiologie n'en paraît pas douteuse. En pleine épidémie de grippe, alors que dans la même maison évoluent et éclatent des cas de grippe légers ou graves, un sujet, en général la femme, est soudainement frappé au ventre. J'ai 5 femmes sur 7 cas. Les symptômes qui se déroulent sont les suivants. En général, 1 ou 2 jours avant, courbature légère, petits frissons passagers. Puis, brusquement, début à grand fracas, douleurs abdominales généralisées très vives, précédant de très peu de temps un grand frisson en général de plus d'une heure, avec vomissements persistants pendant cette période. La température s'élève en général en peu de temps à 40° ; deux ou trois accès subintrants se succèdent, offrant les mêmes caractères ; l'état général paraît grave. Au bout de 21 ou 36 heures, les douleurs abdominales se calment, et l'accès se termine par de grandes sueurs très odorantes. Puis apyrexie complète. Tout semble terminé : 18 à 24 heures après, le même tableau se représente, *précédé* et *accompagné* des mêmes *phénomènes abdominaux* que nous allons décrire. La température atteint le même chiffre ou plutôt en dessous ; même terminaison par des sueurs extrêmement abondantes. Ces accès, absolument comparables à de vrais grands accès impaludiques, vont néanmoins en s'éloignant, tout en offrant les mêmes caractères : d'abord journaliers, ils se représentent tous les

2 jours, puis de 3 en 4 ou 5 jours, et récidivent souvent de 8 en 10 jours, malgré la médication la plus rationnelle. C'est ainsi que j'ai dû garder deux malades pendant 2 mois et trois pendant 50 jours, les autres restant plus d'un mois sous l'influence de cette auto-infection, d'origine gastro-intestinale. Les épistaxis sont fréquentes. Le *muguet* buccal et pharyngien apparaît régulièrement dès les premiers jours, et s'est toujours montré avant le dixième jour. La disparition en est très tardive : reflet de l'état du tube digestif, il en marque l'évolution, à tel point qu'on est assuré d'avoir des accès fébriles tant qu'il en reste des traces et que la langue n'a pas refait son épithélium. *Les phénomènes abdominaux* suivent parallèlement la même marche. Au début, on croirait avoir à faire, *a priori*, à de la péritonite généralisée : hypéresthésie abdominale, douleurs abdominales intolérables, tympanisme. Puis localisation après le premier accès dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, tantôt simulant de la colite de l'S iliaque avec phénomènes dysentériques, qui ne persistent pas au-delà d'un ou deux jours, tantôt simulant de la typhlite ou appendicite et se succédant, ce qui paraît bien indiquer que le gros intestin est le siège d'une localisation toute spéciale. On observe non seulement les phénomènes douloureux, et bien indiqués par le malade, de la colite ascendante ou descendante, mais encore il désigne lui-même une barre transversale hypo-gastrique. Les douleurs sont violentes, se localisent, deviennent lancinantes, pulsatiles, dans l'une ou l'autre fosse, pendant plusieurs jours; mais elles sont paroxystiques et précèdent de quelques quarts d'heure le début d'un nouvel accès, que le malade prévoit lui-même. La constipation est la règle ; l'entéralgie est accompagnée de tympanite et de phénomènes de péritonisme. La palpation est douloureuse, et les doigts n'ont aucune peine à sentir, au niveau de l'une ou de l'autre fosse iliaque, un placard à limites diffuses et très douloureux, éveillant immédiatement l'idée d'une phlegmasie péricolique et laissant soupçonner un phlegmon en voie d'évolution. L'examen rectal et vaginal ne révèlent rien de particulier : on sent de l'œdème, un peu de chaleur, et c'est tout. Vers le cinquième jour, ces phénomènes objectifs et locaux commencent à s'amender ; mais les phénomènes rationnels d'entéro-colite persistent toujours et le malade continue à *faire des accès* fébriles intermittents, avec un mauvais état général simulant celui de la pyohémie. Vers le quinzième jour, les localisations apparentes ont disparu, l'état général grave paraît amélioré, et les phénomènes abdominaux sont moins intenses. Reste alors une période d'état qui dure le double, le triple, et dont il m'a été donné d'observer *deux cas* dépassant deux mois. Le tympanisme cesse le premier ; l'entéralgie existe jusqu'à la convalescence, et l'entéroplégie l'accompagne. Les selles sont toujours très fétides; quelques scyballes petites nagent dans un liquide bilieux, verdâtre, où se trouvent quelques râclures de boyaux.

J'ai observé le début dysentérique dans cinq cas ; mais il s'éteint dans les 48 heures. Dans l'intervalle des accès, la température devient entièrement normale et oscille entre 36°8 et 37°5.

L'impaludisme pouvait être mis en cause dans nos régions ; mais sauf deux malades à antécédents paludiques, datant de leur enfance, je n'ai pu en trouver traces chez les autres ; et à une époque où ne sévit pas la malaria, alors que nous nous trouvons en pleine épidémie de grippe. Je n'ai pas trouvé de rate hypertrophiée ni douteuse, sauf dans un seul cas (ce qui confirme la statistique de Comby, ne trouvant sur *5 autopsies* de grippe qu'une seule fois la rate hypertrophiée). Pas de faciès impaludique.

Dans l'intervalle des accès, ce qui n'est pas le cas des malariens, l'état général reste mauvais : état typhique, formes infectieuses, anorexie complète, état nauséeux. Langue naturelle au début, puis envahie par le muguet ; vernissée ensuite, pendant la période

d'état ; le malade se plaint de *brûlure* et de *sécheresse* de la bouche, qu'il généralise par un geste descendant jusqu'à l'estomac.

Je n'ai jamais trouvé d'albumine dans les urines. Le foie paraît normal dans tous les cas, et je n'ai observé aucune autre localisation organique ; du reste, tous les malades étaient des sujets robustes, et sans antécédents morbides. En revanche, j'ai presque toujours observé des névralgies lombo abdominales, crurales, sciatiques et intercostales : aucun des malades n'a succombé. Pendant la convalescence, très longue du reste, le tube digestif est douloureux, et le moindre écart de régime semble souvent tout remettre en cause : ce que j'ai pu observer après 12 et 15 jours d'apyrexie complète ; ce qui n'est, en somme, qu'une nouvelle poussée auto-infectieuse.

Le **calomel** fréquemment administré, paraît rendre les plus grands services. L'ipéca m'a paru sans valeur. La **quinine** m'a paru n'avoir aucune action, *administrée* par le *tube digestif*, où elle ne doit être que très peu et très inégalement absorbée. Dans 3 cas graves, j'ai dû y renoncer au bout de plusieurs jours, alors qu'en injections sous-cutanées, les résultats parurent évidents, à condition de les continuer des semaines entières, aux doses de 1 gr. 50, 1 gramme et 50 centigrammes (bichlorhydrate). Trois de mes malades ont dû en absorber ainsi environ 26 grammes sans en éprouver aucun malaise. Si l'impaludisme eut été en jeu, il est certain que la quinine en injections cutanées, et à pareille dose, en eut eu raison en peu de jours. Les **bains tièdes**, dans deux cas des plus graves, administrés dans l'intervalle des accès, m'ont paru très efficaces ; et l'**entéroclyse** a complété le traitement (1).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 Juin 1898.

Présidence de M. PORTES, vice-président.

M. A. Legrand présente une note intitulée : *Nouvelle contribution à l'étude de l'eucaïne B en stomatologie.* L'auteur s'appuyant sur le travail présenté par M. Reclus à la séance de l'Académie de Médecine du 29 mars 1898, recommande en stomatologie la solution à 2 0/0 (au lieu de celle à 1 0/0 recommandée par Reclus) : cette solution n'est nullement dangereuse et permet d'opérer très rapidement ; avec les solutions à 1 0/0, il faut attendre 5 minutes.

On peut opérer dans la position verticale, sans craindre le moindre trouble, et permettre au malade de marcher après l'intervention, ce qui n'est pas possible avec la cocaïne.

Une injection d'un centimètre cube (2 centigr. d'eucaïne B), suffit dans la majorité des cas pour extraire une grosse molaire sans douleur. Cependant, si cette dose paraissait insuffisante, il ne faudrait pas hésiter à injecter une quantité un peu plus forte de solution anesthésique.

---

(1) Communication au Congrès de Médecine de Montpellier.

Plus de soixante extractions ont été faites en suivant cette méthode : les malades n'ont jamais éprouvé de douleur. Pour étudier les phénomènes post-opératoires, M. Legrand a prié ses malades de se promener dans la cour de l'hôpital (la Pitié) pendant 5 à 8 minutes et de revenir ensuite à la consultation. Jamais on ne put observer de modifications de l'état général : jamais d'anxiété, de pâleur de la face, comme avec la cocaïne et surtout l'holocaïne.

Les sujets étaient d'âge et de sexes différents. Chez un enfant de 12 ans, on injecta un quart de centim, cube de chaque côté de la dent. L'analgésie a été parfaite et n'a été suivie d'aucun trouble.

Chez des femmes nerveuses et des hommes émotifs, on n'observa pas davantage d'accidents.

Chez un autre malade, on n'injecta que 4 centigr. d'eucaïne B en tout, et l'on put extraire 4 racines, sans douleur, en une seule séance.

L'eucaïne B constitue en conséquence l'anesthésique de choix en stomatologie.

M. Cagnaut (de Senlis), se basant sur des recherches concernant le traitement du sang de rate chez les moutons, recommande d'essayer sur l'homme dans les cas d'anthrax, l'ingestion de bicarbonate et de biborate de soude.

M. Bilhaut donne lecture d'un travail intitulé : *Influence des adénoïdes sur les déviations du squelette d'origine ostéo-malacique ou tuberculeuse. Indications thérapeutiques.* L'auteur trouve que M. Gallois a été bien inspiré d'attirer l'attention de la Société sur les végétations adénoïdes et la déchéance de l'individu qu'elles peuvent provoquer en permettant à des influences nocives de pénétrer dans l'organisme par leur entremise : cette déchéance se manifeste aussi sur le squelette, et c'est ce côté de la question que M. Bilhaut tient à élucider. On constate que Dupuytren déjà avait remarqué qu'il existe des enfants non rachitiques, présentant des symptômes qu'on reconnaîtrait aujourd'hui comme justiciables des adénoïdes, et dont le squelette est manifestement déformé. M. Bilhaut a pu réunir de nombreux cas où la cyphose, la scoliose, ainsi que la lordose lombaire coïncidaient avec l'existence de végétations adénoïdes très développées. L'ablation des tumeurs du pharynx constitue dans ces cas l'indication primordiale et l'on obtient, par cette seule intervention, des modifications considérables de l'état du squelette.

Le redressement consécutif se trouve énormément facilité par l'ablation des adénoïdes ces dernières gênant la respiration, exposent le patient à des accidents au cours de la chloroformisation : en outre, l'application de corsets compressifs est fort mal supportée par des sujets anoxhémiques du fait de leur respiration insuffisante.

M. Bilhaut présente de nombreuses photographies de malades améliorés par la seule ablation des adénoïdes.

M. Bardet donne lecture d'une note de M. Gaston Lyon en réponse au travail de M. Frémont concernant le *traitement de l'ulcère de l'estomac*. M. Lyon s'étonne que M. Frémont ait pu si facilement obtenir des ulcères stomacaux chez ses chiens: ce serait la première fois que cette opération aurait réussi et il eût été intéressant d'avoir quelques détails à ce sujet. Un autre point de ce mémoire concerne la sécrétion du suc gastrique, qui serait *continue* : or, telle n'est pas l'opinion des auteurs : M. Frémont parle du reste ailleurs d' « intermittences dans la sécrétion », ce qui prouverait que cette dernière n'est pas continue. M. Lyon s'étonne aussi que le bismuth ait provoqué des convulsions chez un chien. Rien ne prouve que le bismuth ait causé ces accidents : en tous cas, chez l'homme, le traitement par le bismuth est aussi inoffensif qu'efficace.

M. Mathieu présente une note sur l'*eau bromoformée* : le bromoforme se dissout à la dose de 0,35 0/0 dans l'eau : on devrait l'employer plus souvent, car, en dehors de la coqueluche, où il est d'usage courant, le bromoforme en solution aqueuse peut remplacer le chloroforme. M. Mathieu l'emploie depuis plus d'un an pour calmer les douleurs gastriques, les vomissements et les quintes de toux des tuberculeux, etc.

M. SOUPAULT présente une note sur l'*action du chlorate de soude dans les gastropathies, et spécialement dans l'hyperchlorhydrie*. M. Soupault a étudié l'action de ce sel sur d'autres modifications pathologiques de l'estomac, et a prescrit dans ce but des doses de 8 gr. par jour au maximum.

Il faut être prudent dans l'administration du médicament lorsqu'on a lieu de soupçonner une lésion rénale. Ces réserves faites, il faut prescrire ce chlorate en paquets de 2 à 4 gr., à prendre aussi loin que possible des repas. Les résultats obtenus ont été remarquables chez tous les malades atteints d'hyperchlorhydrie, avec ou sans ulcère. Dans les crises paroxystiques, on obtient rapidement des modifications considérables: le médicament diminue nettement la sécrétion stomacale sans modifier, paraît-il, sa qualité. Dans les cas d'*asthénie gastrique*, l'action thérapeutique est douteuse, en tous cas insuffisante. S'il existe de la sténose pylorique, les malades ne retirent aucun bénéfice de la médication.

M. CAMESCASSE (de Saint-Arnould) a essayé le chlorate de soude chez plusieurs malades atteints de cancer stomacal. Dans un cas, le résultat a été très beau, car le malade, soigné à l'hôpital Saint-Louis pour un cancer inopérable, est aujourd'hui guéri et ne présente plus que de légers troubles dyspeptiques. Les autres malades ont été certainement soulagés de leurs accidents caractéristiques (douleurs, melœna, etc.) mais aucun d'eux n'a pu dépasser la dose de 8 gr. par jour; cette dose, en effet, a provoqué chez tous des malaises intenses qui les ont obligés d'arrêter la médication au bout de 5 à 6 jours.

M. BARDET fait remarquer que les auteurs qui ont jusqu'ici prescrit le chlorate de soude n'ont jamais enregistré d'accidents dans le genre de ceux dont parle M. Camescasse. Il est probable du reste qu'il n'est pas nécessaire d'arriver à des doses de 8 gr. pour obtenir des effets thérapeutiques: à la fin de l'acte digestif, lorsque les douleurs apparaissent chez l'hyperchlorhydrique par suite de l'action du suc gastrique acide sur la muqueuse stomacale, une dose de 2 gr. suffira sans doute pour calmer la crise.

Le chlorate de potasse que l'on hésite à prescrire, est-il toxique à cause de la potasse qu'il contient? La question est loin d'être résolue, surtout depuis que Dybowski a pu constater que de nombreuses peuplades du centre de l'Afrique se servent de chlorure de potassium au lieu de chlorure de sodium pour saler leurs aliments, et n'en souffrent en aucune façon.

M. CATILLON, à propos de l'*alimentation rectale*, rappelle qu'il a jadis démontré que cette alimentation était possible, et cela à une époque où beaucoup de bons esprits le niaient. Un chien, alimenté par le rectum avec 250 à 375 gr. d'œufs purs par jour, avait perdu, au bout de 37 jours 33 0/0 de son poids; les fécès contenaient plus d'azote qu'à l'état normal. Un autre animal, nourri par le rectum au moyen de la même quantité d'œufs additionnés de pepsine, ne perdit que 7 0/0 de son poids dans le même espace de temps : l'azote des fécès était à peu près égal à la normale.

La pepsine, en tous cas, agit aussi bien que la pancréatine dans le rectum : ce dernier est du reste fréquemment acide.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement du diabète, par LEMOINE. (*Nord Médical*, nº 87, p. 109, 1898). — M. LEMOINE donne l'antipyrine pendant 15 jours, sans aucun arrêt, à moins que le malade n'urine peu et par suite ne soit exposé à tomber dans le coma. Dans ce cas il prescrit l'antipyrine à petites doses (1 gr. 50 par jour) associée au benzoate de lithine :

Antipyrine. . . . . } âà 0 gr. 50
Benzoate de lithine . . . }

pour un cachet : 3 par jour, un le matin, un à midi, un troisième le soir, une demi-heure avant de manger, dans un verre d'eau de Vichy (St-Yorre ou Célestins).

S'il ne craint pas d'accidents nerveux, il donne l'antipyrine à doses plus élevées, 2 gr. 50 divisés en trois cachets et fait prendre en outre, 2 gr. de carbonate ou de benzoate de lithine par jour, en deux fois, à une heure assez avancée des repas. Pendant 8 jours il maintient la dose de 2 gr. 50 d'antipyrine, puis abaisse la dose à 1 gr. 50.

Lorsque le malade est à peu près débarrassé de sa glycosurie, au bout de ces quinze jours, M. Lemoine fait cesser l'usage de l'antipyrine durant huit jours. Les huit jours écoulés, il recommande durant quinze jours le même traitement intensif. Le sucre une fois disparu, il continue la médication par ce traitement alcalin :

Carbonate de lithine . . . . } âà 0,50
Benzoate de lithine . . . . }

pour un cachet, 2 par jour, dans de l'eau de Vichy.

Dans le diabète nerveux la médication aura toujours pour base l'antipyrine, à laquelle on associera le bromure de potassium (2 gr. le soir) et le phosphate de soude (0 gr. 50).

Bromure de potassium . . .	40 gr.
Phosphate de soude	10 gr.
Eau.	300 gr.

Une cuiller à soupe dans un bol de lait ou une infusion non sucrée.

G. LYON.

Traitement de l'artériosclérose. (*The Medical News*, 19 mars 1898). — FAVILL, d'accord avec les auteurs actuels, trouve de grands bénéfices à traiter l'artério-sclérose par l'hygiène alimentaire principalement. Il faut arriver à faire adopter peu à peu, au malade, le régime végétarien : on y arrive en général assez facilement, d'autant plus que le patient s'aperçoit vite que les insomnies, la dyspnée, la tendance aux syncopes s'améliorent nettement sous l'influence de ce mode d'alimentation.

Les bains et le massage constituent en outre le meilleur procédé pour activer chez ces malades, les échanges interorganiques : comme médication, on pourra donner du calomel, à faibles doses longtemps prolongées, pour faciliter les fonctions du foie, de la strychnine ou de la digitale pour rendre l'équilibre à la circulation. Mais la thérapeutique n'est appelée à intervenir qu'à un moment où les lésions sont en général déjà trop avancées pour rétrocéder : c'est au début des accidents qu'on interviendra avec succès par la réglementation du régime.

E. VOGT.

Du traitement du rhumatisme et de la goutte chroniques par les bains hydro-électriques. (*Archives d'électr. médicale*, 15 avril 1898). — CHAUVET (de Royat) se trouve, au point de vue du traitement hydro-électrique du rhumatisme chronique, en accord complet avec LEVISON de Copenhague : chacun de ces deux auteurs est arrivé, de son côté, aux mêmes conclusions que l'autre.

On emploiera une batterie de quarante-huit grands éléments Leclanché. Chaque application durera trente minutes. Le pôle positif, terminé par une électrode en charbon, plongera dans une solution à 2 0/0 de chlorure de lithium. L'électrode négative, aussi en charbon, plongera dans une faible solution de chlorure de sodium. La partie du corps sur laquelle on voudra agir sera plongée dans le liquide où se trouvera l'électrode positive.

Dans la solution de chlorure de sodium on placera un point indifférent, main ou pied.

L'intensité habituelle du courant sera de 20 à 25 mA., qui devra quelquefois être réduite à 10 m A.

Le traitement prend beaucoup de temps, et est limité aux articulations facilement accessibles : il donne des résultats très remarquables, qui ne peuvent être mis sur le compte de la suggestion, car les modifications obtenues sont visibles à l'œil : diminution du volume des articulations, des tophi, etc.

En tous cas, la pénétration du lithium à l'état naissant, au point même où son action doit se produire, paraît être le mode idéal d'introduction de ce médicament.

Les conclusions de Chauvet sont identiques à celles de Levison, qui dit textuellement :

« Quoi qu'il advienne de la théorie, il reste ce fait que la réintroduction du courant constant dans le traitement de l'arthrite et spécialement des affections arthritiques chroniques est un grand progrès. Beaucoup de malades qui autrefois étaient condamnés à une invalidité toujours progressante, peuvent maintenant trouver du soulagement. La maladie est arrêtée pour un certain temps, les articulations reprennent leurs fonctions. Les malades qui depuis des années étaient des estropiés dignes de pitié, sont de nouveau à même de jouir de la vie et de l'employer d'une manière utile. »

E. Vogt.

Traitement de l'obésité par l'adonis æstivalis (*Wratsch*, nº 16, 1898). — Vinogradoff a employé l'adonis æstivalis dans 12 cas et a obtenu une amélioration très notable. Le poids diminuait en même temps que la dyspnée et le vertige Ensuite, le malade commençait à avoir la sensation d'une légèreté plus grande pendant les mouvements, enfin la diminution des dimensions du corps devenait évidente. L'amaigrissement commençait par le cou, les extrémités supérieures et la poitrine et continuait par le ventre. On n'a jamais observé ni palpitations, ni nausées, ni état syncopal.

La diminution de poids la plus grande a été de 40 livres en 5 mois ; dans d'autres cas elle était de 25 livres (également en 5 mois) et de 18 livres (en deux mois). D'un autre côté, la plus petite diminution a été de 4 à 7 livres en deux mois. Il faut ajouter que l'auteur ne prescrivait aucune restriction au régime habituel des malades et n'insistait pas sur la nécessité des mouvements.

Vinogradoff prescrit l'adonis aestivalis sous forme d'extrait aqueux et non alcoolique comme le fait Grödel (de Nauheim). La dose initiale qui est de 3 cuillerées à soupe par jour est portée progressivement jusqu'à 5 cuillerées, en même temps qu'on rend la concentration plus forte (du simple au double).

Ajoutons que la diurèse n'augmente pas et que le pouls et les bruits du cœur s'améliorent.

Enfin, dernier point, Vinogradoff conseille de préparer les extraits en automne de façon à avoir une herbe fraîche.

B. Taft.

Le régime végétarien. (*Deutsche med. Zeitung*, 12 mai 1898). — Strasser trouve que l'inconvénient majeur du régime végétarien consiste dans l'insuffisance de longueur du tractus intestinal chez l'homme : il résulte de cette disposition anatomique qu'une quantité notable d'éléments nutritifs qui eussent pu être assimilés au cours de la digestion sont éliminés sans profit pour l'organisme. Il est en conséquence indispensable que l'industrie, en soumettant les préparations végétales à des modifications qui permettent leur utilisation, vienne faciliter la tâche.

Une différence capitale entre l'alimentation carnée et l'alimentation végétarienne consiste en outre dans le fait que l'on peut facilement dépasser la quantité utile de viande sans être rassasié, et faire ainsi de la consommation de luxe : avec le régime végétarien, au contraire, on est presque toujours rassasié avant que la ration d'entretien ne soit atteinte. Il est vrai que l'inconvénient consistant à forcer à l'ingestion de masses volumineuses ne met en cause, dans ce dernier régime, que les fonctions motrices du tube digestif : la résorption et l'assimilation s'effectuent d'une façon modérée, excluant toute irritation des organes.

Doit-on, si le régime végétarien est indiqué, l'instituer du jour au lendemain ou d'une façon graduelle ? Chez l'individu robuste, la transition brusque peut être facilement essayée, mais elle offrirait de graves dangers chez un individu âgé ou affaibli.

L'indication principale de ce régime se trouve chez certains pléthoriques de la classe aisée, faisant des excès de toute sorte et fort peu d'exercice physique et présentant des troubles congestifs, de la neurasthénie, de la polysarcie, un peu d'albuminurie ou de glycosurie. Le résultat obtenu est dans ces cas aussi rapide qu'étonnant, car on peut ici choisir sans crainte la méthode rapide, toujours bien supportée. Les légumes herbacés,

les racines et tubercules sont ici nettement indiqués, car ces individus sont habitués à ingérer de grandes quantités de nourriture. La difficulté principale consiste à faire obéir ces malades, tout spécialement indisciplinés, mais les résultats obtenus valent qu'on persévère avec énergie dans la voie adoptée.

La *chloro-anémie* donne aussi d'excellents résultats, ce qui pourrait surprendre : l'expérience de l'auteur lui a démontré que le régime végétarien, très facilement accepté par des malades qui ont en général une grande répugnance pour la viande, rend les plus grands services. Les légumes, les fruits, à l'exclusion des céréales et des pommes de terre, constituent la base de l'alimentation.

Il ne faut jamais trop longtemps persévérer dans cette voie : au bout de 3 à 5 semaines, on donnera peu à peu de la viande en petites quantités, pour revenir ainsi à l'alimentation mixte.

Dans l'*artério-sclérose*, on instituera peu à peu le régime indiqué plus haut à propos des pléthoriques, en y ajoutant, au début de la cure, l'ingestion de lait en abondance. Mais il ne faudrait pas trop insister dans ce cas, car l'ingestion de liquides en grandes quantités est à la longue fort mal supportée par l'artério-scléreux.

L'*insuffisance motrice*, la *ptose* et l'*atonie du tube digestif*, la *constipation habituelle* donnent de remarquables résultats : il va sans dire qu'une dilatation stomacale très accentuée, un état catarrhal contre-indiquent l'institution d'un régime végétarien. Il faut toutefois bien étudier chaque cas particulier, car les nerveux présentent souvent des phénomènes de sécrétion anormale qui peuvent simuler une inflammation catarrhale : ces derniers états sont rapidement modifiés par le régime en question. Quand il existe de l'anesthésie intestinale, se caractérisant par la disparition plus ou moins complète du besoin d'aller à la selle, le régime végétarien est tout indiqué.

Dans tous les cas de cette catégorie, on choisira la méthode brusque et on continuera jusqu'à guérison complète.

Si l'intestin et l'estomac sont atteints de lésions appréciables, la cure de raisin (2 à 4 kilos par jour) pourra intervenir efficacement.

L'obésité, à condition de prescrire beaucoup d'albuminoïdes (œufs, fromages) est justiciable d'une alimentation végétarienne; dans la goutte, les légumes et les fruits jouent un rôle curatif indéniable. La cure de citron (jusqu'à 30 par jour), n'a pas donné les résultats annoncés.

Dans la *phosphaturie*, il faudrait arriver à ne donner que des graisses et des hydrocarbures : dans l'*oxalurie* on ordonnera au contraire des légumes verts et les fruits, à l'exception, cela va sans dire, des aliments contenant de l'acide oxalique.

Pour le *diabète*, il est impossible d'instituer un régime végétarien absolu, car on est limité aux végétaux contenant des albuminoïdes : mais on peut toujours lutter contre la polyphagie, en remplaçant les grandes quantités de viande par des légumes et des graisses. Le danger consistant dans l'apport exagéré d'albuminoïdes est ainsi évité : pour l'auteur ce danger est grand et trop souvent méconnu.

L'*urticaire chronique* se trouve bien du régime végétarien; dans le *psoriasis* et l'*eczéma squameux*, la cure de fraises, en ce moment instituée de divers côtés, paraît véritablement exercer une influence très favorable.

Les résultats obtenus par le traitement végétarien dans l'*épilepsie*, le *myxœdème*, ne paraissent pas à l'auteur suffisamment probants.

E. VOGT.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Contribution à l'étude de la technique du redressement et de l'application d'un bandage dans le procédé de Calot. (*Deutsche med. Wochenschrift*, no 24, 1898). — VULPIUS se demande si le procédé de Calot peut arriver à guérir la spondylite, et si l'on peut exposer les malades aux dangers souvent sérieux qu'entraîne cette intervention. Quand on songe d'autre part à l'étendue de la perte de substance osseuse qu'une vertèbre déjà atteinte de tuberculose doit combler au moyen d'ostéophytes après le redressement, on est forcé d'admettre que l'on attribue à cette vertèbre une activité néo-formatrice dépassant celle qu'on supposerait exister dans une vertèbre saine. Il ne s'agit pas, du reste, d'émettre des doutes théoriques, mais de bien étudier à fond le procédé, et de le perfectionner si l'on croit lui trouver des inconvénients.

L'auteur a cherché, comme l'ont fait d'ailleurs Calot lui-même et Redard, à diminuer le nombre de huit aides réclamé par Calot, et à remplacer par un outillage mécanique l'assistance manuelle. On fixe la tête à un bou

de la table d'opération sur un coussin rembourré, relié à une tige en fer, et on fixe les pieds à une branche transversale que présente cette tige. Au moyen d'un pas de vis relié à un dynamomètre on allonge la colonne vertébrale d'une façon uniforme. Si l'extension ne suffit pas, on pourra s'aider d'une pression prudente exercée sur la gibbosité, Pour réséquer les apophyses épineuses, on peut conserver la même position du patient, mais il est toujours préférable de ne procéder à cette résection que plus tard.

Le pansement s'applique très facilement sur le corps ainsi allongé. Grâce à l'extension mécanique horizontale, on peut facilement appliquer le pansement à la région céphalique, car on n'est pas gêné par les mains des aides : on n'a pas besoin de faire changer la position du malade pour appliquer le corset dans son entier.

L'auteur juge imprudente la proposition faite de divers côtés, consistant à ne pas appliquer d'appareil plâtré à la région céphalique. En effet, si la tête n'est pas en extension rigide, il peut se faire que les apophyses épineuses relâchées viennent appuyer contre l'appareil plâtré, d'où danger de décubitus.

Au moment de changer le pansement, on fera bien de recourir à la suspension verticale, la tête en bas : on surveille mieux la narcose. on peut de tous côtés arriver facilement à appliquer le plâtre; l'auteur affirme n'avoir éprouvé aucun inconvénient de cette position qui semble au premier abord devoir gêner beaucoup la circulation pulmonaire. Le procédé a été appliqué une vingtaine de fois sans inconvénient. A l'extrémité céphalique, on attache un poids de 5 à 10 kilos.

Il ne faut pas oublier, car les moindres détails sont importants, de saupoudrer le corps du patient de poudre insecticide avant d'appliquer l'appareil.

L'auteur affirme qu'en tenant compte des modifications du procédé de Calot, proposées et expérimentées par lui avec succès, on peut envisager avec plus de tranquillité qu'autrefois la perspective d'une intervention qui a semblé jusqu'ici aussi hardie que peu féconde en résultats.

E. Vogt.

Indications opératoires et traitement des hémorrhoïdes par L. Picqué. (*Sem. médicale*, 15 juin 1898). — Anémie grave et même, contre l'opinion de certains auteurs, accidents d'étranglement, tels sont les cas dans lesquels l'opération s'impose. Après avoir fait ses critiques sur les procédés habituellement usités et montré que la dilatation seule est inefficace, M. Picqué expose sa manière de faire : Le malade est préparé par les purgatifs et la diète lactée, pendant 2 jours. Une fois endormi, on fait la dilatation, pour faire saillir les hémorrhoïdes internes. On les saisit aux quatre points cardinaux avec des pinces à griffes. Une incision circulaire sépare le paquet hémorroïdal à sa base et porte légèrement sur la peau, pour supprimer en même temps les ménisques. Puis on décolle la muqueuse bien au-dessus du point où elle redevient normale, soit avec les doigts, soit avec des ciseaux courbes. On pince à mesure les vaisseaux qui donnent du sang. Attirant en bas le cylindre muqueux, on le divise en 4 segments, par des incisions longitudinales faites aux extrémités des diamètres transverse et artéro-postérieur. On place les 4 premiers points d'affrontement de la muqueuse à la peau, sans aucun tiraillement, grâce au décollement étendu que l'on vient de faire. On excise ensuite successivement chaque segment du cylindre muqueux et on suture à mesure, — Dans les autres opérations, éviter la coprostase qui succède à la constipation provoquée des malades, par un purgatif administré le 8e ou le 10e jour.

Aug. Benoit.

Valeur histologique des liquides employés dans la pratique chirurgicale, par Van de Velde. (*In Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant*, 1898, n° 1). — L'auteur a étudié la façon dont se comportent les tissus frais ou vivants, lorsqu'on les met en présence des liquides utilisés en thérapeutique. *L'eau distillée commune* désorganise les tissus; les globules blancs vivants sont instantanément altérés, les globules rouges dissous. Dans l'*eau salée physiologique*, au contraire, toutes les cellules, depuis les éléments les plus délicats du sang jusqu'au tissu conjonctif, conservent l'intégrité de leur structure et de leurs fonctions, Quant on compare expérimentalement l'eau physiologique à l'eau simple, on constate que celle-ci favorise l'infection. Comment se comportent les *sérums artificiels*? La solution de 6 à 7 p. 1000 de chlorure de sodium est la liqueur histologique et physiologique par excellence. Le sérum artificiel de Hayem, ainsi formulé : chlorure de sodium, 5 gr.; sulfate de soude, 10 gr. ; eau distillée, 1000 gr., n'exerce aucune influence fâcheuse sur les éléments du sang. Mais le sérum artificiel de Chéron, si usité aujourd'hui, détruit presque immédiatement les globules rouges. Il faut savoir aussi que les sérums de certaines espèces animales exercent une action nuisible sur les tissus d'une

autre espèce animale. Le choix des espèces n'est donc pas indifférent. La plupart des solutions chirurgicales, sublimé, acide phénique, permanganate de potasse, acide borique, formol, nitrate d'argent, altèrent profondément les leucocytes. D'où ces conclusions :

I. Dans les opérations intéressant les tissus délicats, comme la séreuse péritonéale, éviter toute irritation, tant physique que chimique, pouvant amoindrir la vitalité des éléments. Les antiseptiques, dans lesquels l'opérateur et ses aides se plongent les mains fréquemment, sont d'un emploi dangereux. Il faut se contenter de l'asepsie et user de l'eau physiologique.

II. Dans le pansement des plaies, il faut distinguer les plaies infectées et les plaies non infectées. Dans ces dernières, toute goutte d'un liquide antiseptique tombant à la surface des bourgeons produit une altération visible à l'œil nu. L'iodoforme ou ses succédanés n'altèrent pas la vitalité des cellules.

III. Dans les irrigations intra-utérines, l'auteur donne toujours la préférence à l'eau salée physiologique, qui agit mécaniquement, aidée de la curette ou de l'écouvillon ; car on ne saurait atteindre par ce moyen des microbes profondément situés et il faut éviter le danger d'intoxication toujours menaçant par cette voie.

AUG. BENOIT.

Traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses. (*Société de chirurgie*, 15 juin 1898). — M. LEJARS cite deux cas d'intervention d'urgence pour des accidents dus à la péritonite tuberculeuse. Dans l'un deux, le tableau était celui de l'obstruction intestinale. Une simple laparotomie faite dans le but de la levée, montra que l'intestin était parsemé de tubercules jaunâtres, sans occlusion mécanique. La laparotomie eut pour effet de faire cesser les accidents d'occlusion et d'améliorer la péritonite dans la suite. Dans l'autre cas, l'aspect clinique était celui de l'appendicite suraigue. Le ventre fut ouvert, l'appendice trouvé sain, sans adhérences. Il y avait de la péritonite tuberculeuse. Il referma sans drainage : on injecta du sérum. Trois mois après, la malade allait notablement mieux. L'intervention a donc donné d'excellents résultats daas ces deux cas de péritonite tuberculeuse non diagnostiquée.

M. ROUTIER, cite à son tour un cas qui simulait l'appendicite, dans lequel il lava et draina avec un succès complet dans l'avenir. M. BERGER rapporte lui même deux cas ainsi traités avec excellents résultats datant de plusieurs années.

AUG. BENOIT.

De la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse par MAX NASSAUER. (*Munch. med. Wochenschrift*, 19 avril 1898, n° 16). — L'auteur fait ressortir qu'en dépit des cas nombreux et brillants de guérison attribués à la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, dans le plus grand nombre des cas publiés le temps écoulé après l'opération est beaucoup trop court pour autoriser à conclure qu'il s'agit d'une guérison définitive. Winckel reconnait que toutes les formes de la péritonite tuberculeuse sont justiciables de ce mode de traitement, mais qu'il ne faut point parler de succès tant qu'il ne s'est pas écoulé au moins cinq ans sans rechute. C'est ainsi que depuis la statistique de Kœnig (1884), nombre de séries ont été publiées par les chirurgiens dans lesquelles quinze pour cent des opérés avaient été suivies pendant plus de deux ans, et le plus grand nombre pas même une année. Enfin, il est de toute nécessité de tenir compte de l'apparition de la tuberculose dans les autres organes du sujet. La tuberculose primitive du péritoine peut apparaître chez la femme par inoculation presque directe, l'infection ayant suivi le chemin de l'utérus et de la trompe et ces deux organes étant habituellement infectés eux-mêmes. Cependant, si l'on s'en rapporte aux statistiques opératoires, et bien que dans le plus grand nombre des cas il s'agisse de sujets du sexe féminin, les observations d'autopsies tendent plutôt à établir le contraire. Cette contradiction tient probablement au fait que la maladie est le plus souvent diagnostiquée chez les femmes qui sont allées directement consulter le gynécologue, parce que les symptômes qui les frappaient davantage se rattachaient aux troubles de leur physiologie génitale. En réalité, bien que plus de mille cas aient déjà été publiés de guérisons *cliniques*, il en est bien peu dans lesquels la preuve anatomique ait été faite, d'une guérison d'assez ancienne date pour que le sujet puisse se croire à l'abri de toute rechute.

Nassauer donne en détail l'observation d'une femme de 29 ans, mariée, présentant une cachexie prononcée, la distension et la rénitence de l'abdomen, en même temps qu'une rétroflexion utérine et de l'ascite. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut admis et on pratiqua la laparotomie.

Après évacuation de la sérosité, d'abord claire, puis jaune, et finalement teintée de sang, on trouva des adhérences nombreuses réunissant les intestins à la paroi abdominale et la vessie à l'utérus. Le péritoine était criblé d'une infinité de tubercules miliaires.

La surface péritonéale fut essuyée, et après avoir prélevé une portion de tissu pour en faire l'examen, la paroi abdominale fut refermée.

La malade se remit rapidement et recouvra une santé absolument parfaite, à part l'existence d'une ulcération tuberculeuse sur la portion terminale de l'incision cutanée, qui d'ailleurs guérit elle-même au bout de 3 mois. Deux ans plus tard, le sujet était en parfaite santé, sauf quelques légers symptômes pulmonaires. Trois mois après, le chirurgien la voyait revenir, en possession d'un kyste intra-ligamentaire qui fut enlevé par le cul de sac postérieur. Malgré l'observation attentive à laquelle elle fut soumise après l'opération, aucun signe de tuberculose ne put être constaté et deux ans et demi plus tard le sujet était toujours en parfaite santé, sans autre particularité qu'un utérus rétrofléchi et quelques autres adhérences. Il ne restait plus de symptômes pulmonaires. Le fragment, enlevé au cours de la première opération, montra, à n'en pas douter, qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

Après cette observation, dont l'intérêt est réel, étant donnée la rareté des cas de guérison observés pendant un temps suffisant, l'auteur discute les diverses théories proposées pour expliquer le mécanisme de la guérison en pareille circonstance : action des antiseptiques, des germes atmosphériques, de la lumière, du contact de l'air, des troubles circulatoires, etc. Quoiqu'il en soit, la réaction du péritoine contre la bacille de Koch est de nature inflammatoire et accompagnée d'une vive hyperémie. On sait d'ailleurs que la simple laparotomie détermine une congestion violente du péritoine sain, comme on a pu le constater dans les cas où l'abdomen a dû être rouvert après un court intervalle.

La péritonite tuberculeuse est habituellement d'origine secondaire, et si le foyer primitif persiste, il reste toujours la possibilité d'une réinfection. Mais après le laparotomie, la réaction sur la circulation pelvienne est si vive que le foyer primitif peut, du même coup, se trouver atteint et guéri. On sait d'ailleurs que dans quelques cas rares et heureux la guérison spontanée peut survenir : mais, dans la majorité des cas, l'organisme est incapable de se débarrasser ainsi du bacille sans y être aidé.

L'auteur s'étonne que l'on n'ait pas appliqué jusqu'ici ces notions au traitement de la pleurésie tuberculeuse, et conseille dans celle-ci, au lieu de se contenter de l'évacuation de l'exsudat par une simple ponction, de pratiquer une incision large de la séreuse, suivie d'un drainage suffisamment prolongé.

R. BLONDEL.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement méthodique du rétrécissement mitral, par HIRTZ. (*Médecine moderne*, nº 50. p. 398, 1898). — Tous les médecins considèrent la digitale comme formellement contre-indiquée s'il n'y a pas de troubles donnant lieu à des pulsations cardiaques fréquentes, inégales, irrégulières, insuffisantes ou à des hydropisies du tissu cellulaire et des séreuses. L'état du muscle cardiaque seul indique ou contre-indique la digitale; c'est l'asystolie qui commande l'emploi du médicament, et non la lésion valvulaire elle-même. On a émis l'opinion erronée qu'à la période de compensation l'emploi de la digitale peut favoriser le détachement des concrétions fibreuses et des caillots stratifiés et par suite favoriser l'embolie.

M. Hirtz pense que l'emploi de la digitale ne doit pas être réservé à la période d'asystolie, mais qu'il doit être prescrit méthodiquement pendant les périodes de calme; il fait prendre à ses malades 0 gr. 25 de macération de digitale pendant quatre jours, deux fois par mois. Ce traitement ne cause aucune complication mais ajourne au contraire extrêmement longtemps toute crise d'asystolie.

G. LYON.

L'intervention chirurgicale dans les traumatismes du cœur et du péricarde. (*Gazette hebdomadaire*, 1898, nº 17) par M. E. CESTAN. — D'une étude très documentée de M. Cestan sur ce sujet nouveau, nous extrayons les notes suivantes qui fixent les progrès accomplis dans la chirurgie de cette délicate région. L'indication d'intervenir dans les plaies du cœur doit être tirée de *l'aggravation des symptômes*. Quelque grave que paraisse une plaie, on voit parfois l'hématose spontanée se produire, et l'hémorrhagie s'arrête. En usant donc des vieux moyens, on laisse au blessé la chance de guérir sans être soumis à une intervention qui comporte encore une certaine gravité. Mais si les signes de l'hémorragie sont des plus nets, si le cœur est animé de battements tumultueux, avec souffles, bruits de piaulement, le pouls perdant à chaque instant de sa force, il faut se hâter d'intervenir. Certains ont dû intervenir le 2e ou 3e jour pour combattre l'hémorragie lente progressive, Les accidents inflammatoires secondaires

comportent aussi, de l'avis de tous, une intervention. Le pyopéricarde doit subir le traitement des collections suppurées des séreuses, *incision* et *drainage*. L'eau fluoroscopique, le phonendoscope de Bianchi permettent de suivre de près la réplétion du péricarde par un épanchement. On voit donc que ce moyen n'est pas à négliger, pour en tirer une indication opératoire. Comment atteindre la source d'une hémorragie cardiaque? S'il s'agit d'un corps planté dans les parois cardiaques, on s'est demandé s'il ne valait pas mieux laisser le corps étranger en place, plutôt que de risquer une hémorragie redoutable. L'ablation est certainement préférable, à cause des complications menaçantes par ailleurs. L'auteur pense qu'elle doit avoir lieu à ciel ouvert, le cœur étant mis à nu, à la condition de passer des fils à l'avance pour faire la suture et l'hémostase, s'il y avait lieu d'y procéder.

Pour arriver au péricarde et au cœur, le malade étant soumis à une anesthésie relative, ou celle-ci étant supprimée complètement, on débride la plaie existante. S'il s'agit d'un coup reçu dans la région précordiale, ou d'une balle ayant pénétré par un point éloigné du cœur, on trace une incision verticale à 1 centimètre en dehors du sternum, allant du 4e au 7e cartilage, ou l'on fait une incision transversale sur le cinquième. La mammaire interne est liée; on réséque les 5e et 6e cartilages.

Les espaces intercostaux correspondants sont incisés. Le cul de sac pleural gauche, annoncé par un bourrelet graisseux, est refoulé avec le doigt. Le péricarde est dégagé sur une étendue de 7 centimètres que l'on peut au besoin agrandir en reséquant les os sur une plus grande étendue. Tout dépend des conditions de la blessure. On peut faire une résection temporaire, en comprenant les côtes et leurs cartilages dans un lambeau musculocutané. La résection préliminaire porte habituellement sur les 4e, 5e et 6e cartilages et leurs côtes. Suivant Rehn, l'ablation des 4e et 5e suffit à découvrir la face antérieure des ventricules, siège ordinaire des plaies. Celle du 3e et de la partie voisine du sternum permet d'arriver sur l'oreillette droite. L'oreillette gauche est presque totalement inaccessible. Le péricarde mis à nu, on se comportera suivant l'étendue de la plaie pénétrante. Cette membrane, qui peut-être parfois respectée, sera au contraire largement incisée, si l'on soupçonne une plaie du cœur. La cavité péricardique est débarrassée des caillots : les corps étrangers, s'il en existe, sont enlevés. Les perforations saignantes de la paroi cardiaque sont suturées au fil de catgut passé et serré, de préférence, pendant la systole. On n'a point osé jusqu'à ce jour, aller chercher des balles perdues jusque dans les cavités cardiaques. Mais la suture, en arrêtant des hémorrhagies des artères coronaires, a sauvé la vie à de nombreux blessés. Il est clair que la gravité d'une blessure du cœur par un traumatisme quelconque dépend surtout des lésions éprouvées par ses filets nerveux, en dehors de l'hémorrhagie immédiate qui se produit. Les résultats généraux encouragent jusqu'à ce jour. Pour les ruptures, on n'est intervenu qu'une fois (Monsell-Moullin) et le malade guérit. Leur gravité exceptionnelle (7 guérisons sur 96 cas de Sister) semble autoriser à intervenir plus fréquemment, d'autant qu'après la cicatrisation, on voit encore de nouvelles ruptures emporter les malades quelques mois plus tard. Sur 8 cas d'incision avec suture et *drainage* pour accidents hémorragiques graves, il y a eu 4 guérisons définitives. Sur 4 cas de suture du cœur, on compte 2 succès. Enfin, il n'est pas interdit d'espérer que les blessures des gros vaisseaux de la base, qui viennent parfois compliquer ces traumatismes, seront justiciables de la suture et du tamponnement qui a déjà donné de si beaux résultats pour leurs grosses branches dans d'autres parties du corps.

Il est indispensable de relever l'état général de ces blessés en leur injectant du sérum, de préférence par la voie veineuse, sans craindre de trop accentuer la tension sanguine.

AUG. BENOIT.

Des sueurs nocturnes des phtisiques, par LERICHE. (*Gazette des Eaux,* no 2.054, p. 195. 1898). — Le Dr Leriche a prescrit avec avantage le cannabis indica contre les sueurs nocturnes des phtisiques. Il a employé le médicament sous forme d'extrait, soit en pilules, soit en potion; il convient de commencer par une dose de 2 centigrammes et de ne dépasser qu'exceptionnellement 5 centigrammes.

Il est bon en même temps de prescrire du café dans la journée, de la tisane de queues de cerises et de la théobromine, etc., pour favoriser par la diurèse l'élimination du médicament.

Il faut aussi, tous les cinq ou six jours, l'interrompre pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures pour éviter les effets accumulatifs.

G. LYON.

Nature intime de la phtisie pulmonaire, sa curabilité par la minéralisation intensive et l'alimentation naturelle et artificielle par DOMITROPOL, brochure de 37 p. Bucarest 1898. —

Partant de ce principe que les terrains propices à la tuberculose pulmonaire manquent

d'éléments organiques et chimiques et que ces derniers, en se combinant chimiquement avec les albuminoïdes, édifient, pour ainsi dire, l'organisme sur de bonnes assises, l'auteur préconise comme le traitement le plus rationnel : la minéralisation intensive de l'organisme et l'alimentation substantielle, naturelle et artificielle.

Pendant 30 à 40 jours et quotidiennement, il donne aux malades, chaque matin, un mélange nutritif ainsi composé :

Jaunes d'œufs.	N° 4—5
Pepsine.	1 gr.
Lait chaud.	400 gr.

le tout bien mélangé pendant 5 minutes et aromatisé, au besoin, d'un peu de vanille.

Dix minutes après, une tartine de 50 gr. de beurre frais et salé avec au moins une demi-cuillerée à café de sel de cuisine.

Lorsque les malades sont très maigres, il faut leur administrer, en outre, des lavements nutritifs composés comme suit :

Jaunes d'œufs.	N. 4
Peptone liquide.	25 gr.
Sel de cuisine.	5 gr.
Bouillon concentré chaud.	80-100 gr.

Ce lavement, une fois bien mélangé, doit être introduit lentement à l'aide d'un irrigateur. Chacun de ces lavements doit être, bien entendu, précédé d'un lavement évacuant.

Le Dr Domitropol fait prendre journellement au malade 6 à 12 grammes de phosphate tribasique de chaux et de 2 à 4 gr. de phosphate de soude, ainsi formulés :

Phosphate trib. de chaux. .	2 gr.
Phosphate de soude. . . . 0.	50 ct.

Pour un paquet. 3 à 6 par jour

Après chaque repas, le malade devra également prendre dans un demi verre d'eau deux à quatre cuillerées à café de la solution suivante :

Chlorhydro-phosphate de chaux en solution à 10 %.	300 gr.

Tous les médicaments qui viennent d'être énumérés doivent être donnés d'une manière graduée, pendant 40 jours ; vers la fin de cette période, il faut diminuer la dose et continuer pendant six mois et recommencer même plus tard avec des intermittences de 13 jours par mois.

De plus, le Dr Domitropol conseille de prendre quotidiennement, pendant 30 à 40 jours, 15 gr. de sel de cuisine mêlé aux aliments déjà salés par la préparation culinaire. Il croit qu'il est nécessaire que les malades prennent indéfiniment 6 à 8 gr. de sel par jour.

Comme alimentation il recommande 500 à 600 gr. de viande, un litre de lait, trois œufs préparés au gré du malade, du poisson et des légumes en quantité habituelle, mais choisis de préférence parmi les plus riches en azote, tels que : lentilles, haricots, pois, etc.

G. Lyon.

De l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire, par Villière. (*Thèse de Paris*, février 1898). — Toute gangrène ne doit pas être opérée ; il est en effet des formes spontanément curables, d'autres, au contraire, au-dessus des ressources de l'art. Il s'agit donc de préciser les indications opératoires et de déterminer à quelle période on doit intervenir.

Krimer le premier (1830), exécuta la pneumotomie de propos délibéré ; mais il ne trouva pas d'imitateurs et ce n'est qu'à une époque récente, avec l'avènement des méthodes antiseptiques, après les expériences démontrant que le poumon supporte bien les interventions chirurgicales, que l'on pratiqua de nouveau des interventions sur le poumon.

Dans la forme diffuse, très rare, qui tue infailliblement le malade, il n'y a rien à tenter.

La forme circonscrite, seule, intéresse le chirurgien. Si le noyau sphacélique est superficiel, s'accompagnant de pyothorax, l'épanchement est tout, l'intervention facile, le pronostic relativement bénin. Dans le cas de gangrène profonde, l'intervention est beaucoup plus délicate, le pronostic beaucoup plus sombre.

Pour Truc, l'intervention opératoire est indiquée dans les cas suivants :

1° Quand le siège de la lésion est propice et exactement reconnu.

2° Quand il existe à son niveau des adhérences pleurales.

3° Quand la guérison spontanée paraît impossible.

4° Quand l'état général est grave et la résistance organique suffisante encore.

Lorsque le bourbillon ramolli commence à s'éliminer, si le malade est en proie à une fièvre hectique, il faut, sans s'inquiéter des adhérences pleurales, se hâter d'opérer.

Avant toute intervention il faut être bien fixé sur le siège de la gangrène, sur l'état de la plèvre et des poumons. Or, le diagnostic du siège est loin d'être facile ; Villière trouve dans les observations recueillies par lui, une dizaine d'erreurs de localisations : les signes physiques conduisent à attribuer à l'excavation des dimensions égales à celles de l'indu-

ration environnante: la ponction exploratrice ne donne pas toujours un résultat positif.

Parmi les moyens thérapeutiques, la ponction simple ou suivie d'injection (thymol-Hewelke; naphtol, Chauffard) n'est pas recommandable; l'injection en particulier peut déterminer des quintes de toux, des accès de suffocation souvent alarmants.

La pneumotomie est le procédé de choix. Le malade ne doit pas être endormi trop profondément, de façon à ce qu'il puisse se débarrasser du pus et du sang faisant irruption dans ses bronches.

Les parties molles peuvent être incisées de façons diverses; le mieux est de faire une incision courbe, dont la convexité inférieure déborde le point déclive du foyer et dont les extrémités peuvent être plus ou moins recourbées suivant les besoins ultérieurs.

L'ouverture d'un seul espace intercostal ne suffit pas; il faut faire une résection de côtes assez étendue, sauf pour les cavités du sommet, où l'on pourra passer dans le deuxième espace intercostal qui mesure au moins 2 cent. de hauteur.

Si les adhérences n'existent pas au point correspondant à la lésion pulmonaire présumée, il faut d'abord les chercher, et, si on échoue, les créer par la suture; si elles sont lâches, il faudra les consolider par quelques points. Si malgré ces précautions un pneumothorax survient, on doit alors saisir le poumon avec une pince, l'amener dans la plaie thoracique et l'y fixer.

Une fois la plèvre traversée, on pourra recourir à la ponction exploratrice pour trouver le siège exact du foyer. Pour l'incision pulmonaire on se servira de préférence du thermo-cautère.

Une fois l'excavation ouverte, on recherchera avec le doigt ou le cystoscope, s'il n'existe pas d'orifice fistuleux conduisant dans une autre cavité. On enlèvera avec prudence les divers lambeaux sphacélés et l'on tamponnera l'excavation avec de la gaze antiseptique.

Ce premier pansement sera laissé en place pendant quatre à cinq jours, et on ne le changera que si l'état général, l'élévation de la température forcent la main. Les jours suivants on introduira un gros drain dans la cavité. Quant aux lavages, on doit les abandonner, quand la cavité communique avec les bronches. Ils peuvent déterminer des greffes gangreneuses et surtout des accidents de suffocation.

Dans les cas heureux, la guérison est toujours longue; si, dans les cas aigus, 20 à 30 jours suffisent pour rétablir le patient, dans les formes chroniques il ne faut pas compter moins de 8 à 12 mois.

Si la température reste élevée, si les crachats persistent abondants et fétides, on doit songer à l'existence d'une autre cavité.

Parmi les accidents opératoires il faut signaler le pneumothorax, la pleurésie purulente (plus tardive), l'irruption dans les voies aériennes de lambeaux sphacélés; mais la complication la plus grave est l'hémorrhagie secondaire qui occasionne souvent la mort. L'abcès cérébral est une complication tout à fait en dehors de l'acte chirurgical.

Le pronostic immédiat dépend de l'état général du sujet au moment même de l'opération: la plupart des morts rapides doivent être mises sur le compte d'une opération trop tardive.

Quant au pronostic éloigné, il change suivant la forme de la maladie, et d'après la variété étiologique.

Les gangrènes aiguës guérissent en général plus facilement; le poumon est encore sain dans la plus grande partie de son étendue : le tissu environnant n'est pas sclérosé : il peut faire plus facilement les frais d'une cicatrisation.

Dans les formes chroniques les deux poumons sont très souvent atteints, et, une fois le foyer gangreneux évacué, il persiste des dilatations bronchiques, de la sclérose pulmonaire, contre lesquelles il est impossible d'agir. Les gangrènes consécutives à une pneumonie sont celles qui guérissent le plus aisément; par contre, les plus mauvais résultats sont fournis par les gangrènes consécutives à une embolie infectieuse ou à une perforation de l'œsophage.

G. LYON.

Ophtalmologie

Dr KOPFF

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

Traitement de la tuberculose oculaire par les nouvelles tuberculines de Koch O. et R. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie de Paris*, mai 1898, par le Dr ZIMMERMANN, de Stuttgart). — L'auteur a fait une série d'expériences avec les tuberculines O. et R. sur des lapins préalablement inoculés en frottant sur l'iris une anse de platine imprégnée d'une culture virulente, après avoir chaque fois pris des animaux témoins dont

la mort ou la phtisie oculaire prouvait bien la virulence des cultures. Il conclut de ses expériences : que les deux tuberculines O. et R. ont une égale et réelle action spécifique antituberculeuse et qu'on peut, chez les animaux, espérer la guérison, même dans les cas désespérés. Il pense que l'effet de la tuberculine peut être également essayé sur l'homme, dans les cas rebelles. Il commençait ses inoculations par une faible dose (1/50 de milligramme), pour atteindre en un mois le maximum de 0,02 à 0,03.

Dr KOPFF.

Traitement de la tuberculose de l'iris. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie de Paris,* par le Dr LAGRANGE, de Bordeaux). — Lorsque la tuberculose de l'iris est primitive, il faut la considérer comme une tuberculose locale et agir en conséquence, en respectant la fonction visuelle. Il ne faut songer à l'énucléation que lorsque la vision est perdue par suite de l'extension du mal, l'œil devenant alors un foyer dangereux pour le reste de l'organisme. Lorsque la tuberculose de l'iris est secondaire, il faut considérer quelles sont les lésions les plus importantes. Si ce sont les lésions viscérales, le traitement de l'œil sera purement palliatif. Si, au contraire, le désordre oculaire est le principal, il faut énucléer, sans craindre que cette intervention n'aggrave les lésions viscérales.

Dr KOPFF.

Les injections profondes intra-musculaires de calomel en thérapeutique oculaire, par le Dr FUMAGALLI, de Pise (*La clinica moderna,* mars 1898). — L'auteur rapporte le résultat de 25 cas d'affections oculaires syphilitiques, dont 10 affections des membranes profondes, 10 affections de l'iris, 3 kératites parenchymateuses et 2 paralysies de l'oculo-moteur commun, qu'il a traitées par les injections profondes intra-musculaires de calomel. Il a obtenu d'excellents résultats en se servant d'une solution huileuse de calomel très pur, à la dose de 5 centigrammes par seringue, sans jamais dépasser 10 centigrammes. Les injections sont pratiquées à la distance de 10, 12 et 15 jours et c'est seulement dans les cas très graves qu'il en pratique tous les 8 jours et toujours en surveillant bien la tolérance du malade.

Dr KOPFF.

Ténotomie du droit supérieur dans certains cas de leucomes cornéens, par le Dr DUJARDIN. (*Journal des sciences médicales de Lille,* mars 1898). — L'auteur apporte deux observations de ténotomie du droit supérieur, qu'il a pratiquée pour des leucomes étendus de la moitié inférieure de la surface de la cornée, dans le but de découvrir et d'abaisser la pupille artificielle. En effet, on est quelquefois obligé, par suite de la situation du leucome et de ses adhérences latérales, de pratiquer l'iridectomie optique, non plus dans la position classique, oblique soit en dedans, soit en dehors et comprise le plus possible dans le diamètre horizontal. Dans ces cas il faut agrandir la pupille suivant le diamètre vertical de la cornée et alors, pour ramener cette pupille en bas, dans une position plus favorable à la vision, on peut pratiquer la section tendineuse du muscle droit supérieur. Cette opération ne se pratique que lorsque l'autre œil est déjà mauvais ou perdu. Car, s'il est bon, on créerait une diplopie gênante.

Les deux cas cités par l'auteur ont donné un résultat optique satisfaisant.

Dr KOPFF.

Lésions des muqueuses conjonctivales à la suite des différentes méthodes de traitement des granulations. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie,* mai 1898, par le Dr SEGALL, de Paris). — L'auteur a fait l'examen histologique des conjonctives granuleuses traitées les unes par l'excision des culs-de-sac (procédé de M. Galezowski) et les autres par le massage et le brossage. Il résulte de ses recherches que dans la méthode de M. Galezowski par l'excision des culs-de-sac, les granulations sont enlevées en une seule fois, ce qui amène un soulagement immédiat et une guérison rapide, sans complications cornéennes et sans les déformations tarsiennes produites par les cicatrices irrégulières obtenues avec le massage et le brossage. Après l'excision, il reste deux bords épithéliaux qui bourgeonnent et amènent la régénération de l'épithélium ; tandis que le brossage et le massage le font disparaître pour laisser à sa place un tissu fibreux et une infiltration lymphoïde.

Dr KOPFF.

Les injections parenchymateuses d'iode dans les maladies oculaires de nature scrofuleuse, par le Dr TROMBETTA, assistant du professeur Reymond à Turin. (*Il policlinico,* Rome, novembre 1897). — Les excellents résultats obtenus au moyen des injections hypodermiques d'iode par le professeur Durante, dans les tuberculoses chirurgicales, ont donné l'idée à plusieurs praticiens italiens d'appliquer cette méthode dans le traitement des affections oculaires de nature scrofuleuse.

L'auteur apporte l'observation de 55 cas d'affections oculaires; kératites, conjonctivites, kérato-conjonctivites, blépharites, ulcères de la cornée... traités par les injections iodées, faites dans l'espace rétro-trochantérien avec la seringue de Pravaz, avec la solution à 5 0/0 iodo-iodurée suivant la formule de Durante, de laquelle il injecte un gramme. Le nombre des injections a varié en moyenne pour l'ensemble de ces 55 cas, entre 10 et 20 et toujours ont amené la guérison ou une très grande amélioration. L'auteur en conclut: que les injections iodées selon la méthode de Durante donnent des résultats rapides et sûre dans toutes les affections oculaires de natur scrofuleuse et surtout chez les enfants; la durée de ces affections se trouve considérablement abrégée et les reliquats cicatriciels sont très légers; le traitement local ne doit pas être négligé non plus, pour favoriser l'antisepsie et éviter les complications; la kérato-conjonctivite phlycténulaire et la blépharite ciliaire sont les affections qui bénéficient le plus complètement et le plus rapidement de cette méthode de traitement; les injections doivent être intra-musculaires plutôt que sous-cutanées et la région d'élection pour les pratiquer est l'espace rétro-tranchantérien.

Dr KOPFF.

Maladies du larynx du nez et des oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Nouvelle méthode de traitement des otorrhées chroniques. (*Allg. Wiener med. Zeitung* 22 mars 1898). — E. KRAUS rappelle que rien n'est plus difficile que de faire un bon lavage dans une oreille atteinte d'otite moyenne avec destruction du tympan; les solutions employées jusqu'ici, aussi bien que les poudres servant à l'insufflation, rencontrent en abondance des cas rebelles à la médication choisie. L'emploi du *traumatol* ou *iodocrésine* paraît constituer, dans ce sens, un progrès manifeste, car il réussit dans des cas où les autres médicaments ont échoué.

Ces résultats remarquables tiennent sans doute du fait que le produit se présente sous forme d'une poudre impalpable, très légère et insoluble, offrant des propriétés bactéricides marquées; la poudre se dépose dans toutes les anfractuosités de l'oreille moyenne sans former de grumeaux. Il n'est pas nécessaire d'insuffler de grandes quantités du médicament.

E. VOGT.

De l'amygdale linguale comme cause de la toux. BEVERLEY-ROBINSON, de New-York. (*Amer. laryng. assoc. XXe Ann. meet. in Broklyn*, 18 mai 1898). — Il y a quelques années seulement, que l'on connaît l'existence de certaines toux persistantes dues à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Cette toux, à début insidieux, apparaît surtout chez les jeunes adultes : lorsqu'elle ne date que de quelques heures, le praticien non spécialiste ne saurait songer à la rattacher à sa véritable cause, et si, d'aventure, il examine la gorge, il n'y constate rien d'anormal. Aussi, est-il porté à regarder cette toux comme d'origine reflexe ou d'origine digestive.

L'auteur a noté que cette hypertrophie de l'amygdale linguale est souvent sous la dépendance de l'état général, et que l'anémie, la constipation, le manque de régularité de l'alimentation, jouent souvent un rôle dans son apparition. Chez les enfants, on a parfois même incriminé l'abus des gâteaux. Chez les adultes, l'arthritisme est souvent en cause.

La congestion aiguë de l'amygdale linguale se traduit, le plus souvent, par une toux d'irritation, alors même que l'organe reste assez peu développé pour échapper à l'attention. Bientôt apparaît l'expectoration, qui ne tarde pas à devenir muco-purulente, et finalement striée de sang lorsque l'amygdale est franchement et violemment enflammée. Tous ces symptômes s'agravent pendant la nuit. Parfois le patient se met au lit paisiblement et y dort de 1 h. à 3 h., pour se réveiller sous l'influence d'une toux qui ne lui permet plus de se rendormir. L'auteur a observé, dans ces cas, que l'amygdale devient rouge et volumineuse, le côté gauche se développant même habituellement plus que le côté droit. La fossette est complètement comblée par la glande qui déborde le rebord de l'épiglotte. Pour le traitement, on doit rechercher d'abord les causes d'ordre général, afin d'y porter remède sans retard : on s'attachera particulièrement à la goutte et au rhumatisme. Les remèdes ordinaires de la toux sont sans influence sur l'hypertrophie de l'amygdale, de même d'ailleurs que la médication externe ou révulsive. Ce qui réussit le mieux en pareil cas, ce sont les attouchements avec une mixture composée à parties égales de teinture d'iode, de glycérine et d'eau. Le changement d'air a une grande importance dans l'efficacité du traitement. Si l'hypertrophie de l'amygdale devient

chronique, on aura recours aux attouchements avec le galvano-cautère, et au besoin, à l'excision, au moyen de l'amygdalotome.

Dans la discussion qui suivit cette communication JONES E. NEWCOMBE recommande l'emploi local de l'acide borique dissous à saturation dans la glycérine, et, à l'intérieur, l'oxalate de cérium à la dose de 4 grammes en 24 heures.

R. BLONDEL.

Emploi de l'éponge de Bernay comme hémostatique dans les hémorragies du nez et du nasopharynx. (*Amer. laryng. assoc. XX^e Ann. meet. in Brooklyn*, 18 mai 1898.) — Le Dr W. K. SIMPSON de New-York, recommande contre les hémorragies nasales, l'emploi de l'éponge de Bernay, sorte de tampon consistant en fibres de coton soumises à une pression de plusieurs centaines de kilos et comprimées ainsi en disques d'un ou deux millimètres d'épaisseur. Ce tissu spongieux est capable d'absorber douze fois son poids d'eau, en augmentant son volume dans la proportion de un à quinze. Introduit sous forme de bandelette dans la cavité nasale, il se gonfle au point de l'obstruer d'une façon complète, en comprimant fortement toute la surface de la muqueuse dont il moule les moindres accidents. Cette propriété a même permis de l'employer pour redresser doucement des fractures de la cloison et pour maintenir les cartilages en place, après l'opération de Asch. En recouvrant l'éponge d'une feuille mince de gutta-percha, avant de l'humecter, on prévient sûrement toute adhérence avec les tissus en contact, sans lui rien retirer de ses propriétés plastiques.

Cette éponge constitue en outre, un excellent mode de pansement capable d'absorber les sécrétions et dont on peut faire d'autre part, si on le désire, le véhicule de topiques appropriés.

La dilatation rapide de l'éponge ne provoque qu'une faible douleur locale. Son enlèvement se fait sans difficulté, en exprimant, à l'aide d'une pince, les parties les plus voisines de la narine.

R. BLONDEL.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Les injections intra-musculaires de calomel dans le traitement de la syphilis à l'hôpital de la Charité de Marseille, par MICHEL et ROCHE. (*Presse médicale*, n° 49, p. 313, 1898.] — La solution employée par Michel et Roche est ainsi formulée :

Calomel porphyrisé, lavé à l'alcool et séché à l'étuve..... 0 gr. 05
Huile de vaseline, additionnée de vaseline jusqu'à consistance sirupeuse et stérilisée..... 0 gr. 01

Dans la pratique civile il est bon de faire préparer 2 cent. cubes de la solution que l'on renouvelle chaque fois. Pour faire l'injection on se sert d'une seringue de Roux modifiée, de 2 cent. cubes, armée d'une aiguille de 5 cent. de platine iridié. Le point d'élection pour la piqûre est fixé à la partie supérieure de la fesse, à trois travers de doigt au-dessous de la crête iliaque et à l'union du tiers externe et des deux tiers internes.

Chez les hommes, il y a avantage à faire les injections dans la fosse sus ou sous-épineuse du côté gauche, de façon à leur laisser la liberté du bras droit. Chez les femmes, on doit rejeter le point scapulaire, dans la crainte de cicatrices possibles. Après les précautions d'asepsie d'usage, on pousse l'aiguille de toute sa longueur en pleine masse musculaire.

135 femmes ont subi 1,242 injections. La grande majorité des femmes traitées a reçu de 8 à 12 injections. Toutes les injections ont été faites à 15 jours d'intervalle, sauf chez 12 femmes, où elles ont été faites chaque semaine.

La douleur a toujours été tolérable; le maximum de la douleur s'est présenté dix heures environ après l'injection. Quatre abcès seulement ont été observés sur 1.242 injections; encore aucun d'eux n'a-t-il présenté de gravité.

Les accidents d'intoxication mercurielle surviennent moins fréquemment qu'après l'administration du mercure en pilules ou en frictions. Michel et Roche n'ont constaté qu'un seul cas de stomatite, et jamais d'autres accidents.

Les nodosités sont le seul inconvénient sérieux des injections de calomel; elles ne sont pas cependant très fréquentes (43 cas sur 1.242). Elles se développent surtout, lorsque

l'injection n'a pas été poussée profondément, ou lorsqu'une veinule piquée a donné lieu à une hémorrhagie interstitielle.

G. Lyon.

Traitement de l'acné. (*Klin.-ther. Wochenschrift*, 19 juin 1898). — Veill concède qu'aujourd'hui encore le traitement de l'acné vulgaire constitue une des difficultés thérapeutiques les plus insurmontables. L'auteur accepte l'origine bactérienne de l'affection, mais s'explique difficilement comment une infection de ce genre ne s'accompagne pour ainsi dire jamais de lymphangite ou d'adénite, et pourquoi cette maladie accompagne avec tant de constance l'apparition des phénomènes de la puberté.

L'affection est nettement héréditaire : l'amélioration de l'état général joue un rôle dans le traitement de cette dermatose, ainsi que la stricte observance d'un régime : l'auteur ne partage pas toutefois les idées courantes concernant l'influence nocive des mets épicés, des corps gras, des liquides alcooliques. La dilatation stomacale (Bouchard, Barthélemy) ne semblerait pas jouer un rôle dans l'affection.

Il n'existe pas, pour l'auteur, de médication interne de l'acné : mieux vaut diriger son attention sur la désinfection fréquente du linge et des vêtements, sans oublier la taie d'oreiller, qui devient chez ces malades un véritable foyer d'infection. On constate en effet presque toujours que le côté du visage sur lequel le malade se couche est notablement plus atteint que l'autre.

Pour débarrasser les follicules des comédons, et amener une maturation rapide des pustules, l'emplâtre de Vigo représente le meilleur traitement : on change les bandelettes toutes les 24 heures. En général, toutes les pustules sont mûres le 3e jour ; il faut alors les vider et continuer jusqu'à ce qu'aucune nouvelle pustule ne se forme ; il faut pour cela 2 à 3 semaines.

On doit, cela va sans dire, surveiller la muqueuse buccale au cours de ce traitement ; si la stomatite survient, on s'en rendra facilement maître en saupoudrant le rebord gingival avec de l'airol.

Si le malade ne peut être hospitalisé ou tenu à la maison pendant un temps aussi long, on recourra aux pommades préconisées par divers auteurs : parmi elles, celle de Lassar paraît la plus efficace :

Résorcine très pure . . .	10 gr.
Oxyde de zinc	2 gr. 5
Silice	0 gr. 5
Axonge benzoïnée	7 gr.

Deux frictions par jour, jusqu'à ce que l'épiderme desquame.

Une fois que le traitement par le Vigo a fait disparaître toute tendance à la formation de pustules nouvelles, on nettoie la peau à fond avec de l'éther, de la benzine ou de l'acétone, puis on applique des emplâtres au zinc et à la gutta-percha (formules d'Unna). Quand le derme n'est plus irrité on recourt au traitement par les préparations soufrées. Il faut ici rejeter toutes les pâtes et pommades des pharmacopées et se servir de savons ou mieux encore d'une préparation contenant parties égales de soufre précipité, d'alcool et d'eau, avec addition de 10 0/0 de mucilage de gomme arabique. On badigeonne au pinceau 1 ou 2 fois par jour, et on enlève au bout de 12 heures par un lavage à l'eau chaude.

Si cette préparation est trop irritante, on se servira d'une pâte contenant une partie d'acide borique en poudre impalpable, 4 gr. d'oxyde de zinc et 36 parties d'amidon, additionnés de la quantité d'eau tiède nécessaire pour obtenir une pâte laiteuse. On ajoutera ensuite à ce mélange 1 à 50 0/0 de soufre précipité : on commencera par les doses faibles et on augmentera peu à peu, Si la peau ne supporte pas le soufre, on s'abstiendra d'en ajouter.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Traitement de l'uréthrite à gonocoques par le Protargol. par Nogués. (*in Ann. gen. ur.* 1898. p. 569). — L'auteur, reprenant les méthodes de Neisser, a traité 15 malades avec 14 guérisons.

Le traitement est le même pour toutes les périodes de la chaude-pisse : le malade prend 3 injections par jour : matin, après midi (garder cinq minutes), et soir (garder 30 minutes ou faire 6 injections de 5 minutes.) Au bout de quelques jours on se bornera à l'injection du soir.

Les injections se prennent avec une seringue ordinaire de 10 à 15 centimètres cubes.

Les solutions vont de 0, 25 à 1 p. 0/0

La durée du traitement varie de 6 à 36 jours, en moyenne 15 à 20 jours.

Pour l'urèthre postérieur on fera des instillations.

E. Chevalier.

Un cas d'uréthrocèle par DUPLAY. (*in Arch. gen. med.*, 1898, p. 745). — C'est l'histoire d'une malade de 29 ans qui présentait une uréthrocèle très nette. L'opération fut l'extirpation de la poche, suivie d'une excision et suture de la muqueuse vaginale.

Guérison en cinq jours.

E. CHEVALIER.

Hématuries rénales. (*Bull. Soc. Chir.* 1898, p. 631.) — NIMIER rapporte l'histoire d'un malade de 21 ans auquel il fit la néphrectomie pour hématuries persistantes après un traumatisme. L'autre rein continua à saigner de temps en temps; il faut être très réservé dans ces interventions.

ROUTIER donne un cas où il fit la nephrectomie. On ne trouva qu'une lésion tuberculeuse microscopique sur une papille avec une artériole ouverte.

POTHERAT relate un cas, où la néphrectomie fut faite sur un rein gros qu'on croyait néoplasique. C'était seulement de l'hypertrophie compensatrice, l'autre rein étant sclérosé: la malade mourut.

Dans un autre cas il refusa d'opérer; l'hématurie cessa.

GÉRARD-MARCHAND est partisan de la néphrotémie et non de la néphrectomie.

REYNIER croit qu'il s'agit souvent de congestions péribacillaires dans de la tuberculose au début: il croit la nephrectomie préférable.

E. CHEVALIER.

De l'alumnol et du nitrate d'argent dans la pommade à l'anoline, dans la blennorrhagie. (*Medicina* n° 36, 1897). ZAROUBINE a employé dans la blennorrhagie aiguë des injections d'alumnol à 0.5-2 pour 100. On n'a pas constaté d'irritation uréthrale. Les gonocoques qui étaient extrêmement nombreux dans le canal urethral avant le traitement diminuaient considérablement de nombre au bout de 3 à 5 jours; toutefois ils ne disparaissaient jamais complètement. On n'a jamais constaté une guérison définitive de l'urethrite aiguë, on a eu en revanche à constater des récidives.

Dans 15 cas d'urethrite chronique, l'auteur employait des injections de nitrate d'argent sous forme de pommade à l'anoline (1 à 3 pour 100) en se servant de la seringue de Bourmasoli. On observait parfois une forte irritation de l'urethre mais jamais on n'a constaté la moindre amélioration du processus pathologique. Tous les symptômes restaient à leur statu-quo et cela malgré le traitement le plus opiniâtre.

B. TAFT.

Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles, par IMBERT. (*in Gaz. Hôp.* 1898 p. 645). — C'est une revue générale que l'auteur, dont la thèse inaugurale porte sur ce sujet, a donnée.

La technique est celle que nous avons déjà exposée ici à propos du cystocope d'Albarran.

Les indications sont celles des lésions du rein, dont le cathétérisme urétéral permet d'établir la nature et le siège, et des lésions de l'uretère dont elle permet d'entreprendre la cure.

E. CHEVALIER.

Résection du tissu rénal pratiquée dans un but de diagnostic, par OSCAR BLOCH. (*in Rev. chir.* 1898, p. 481). — Dans son travail, basé sur sept observations, l'auteur propose d'aller découvrir le rein par l'incision exploratrice, de faire sur le bord convexe du rein une résection partielle, puis d'étudier histologiquement et bactériologiquement le morceau extirpé: après quoi l'intervention définitive sera décidée.

C'est de la chirurgie conservatrice du rein, qui permet de faire ou d'éviter une néphrectomie.

E. CHEVALIER.

Hernie crurale double avec cystocèle double par SOULIGOUX. (*Arch. gen. med.*, 1898, p. 749). — Histoire d'une malade de 31 ans opérée par la cure radicale, d'une hernie crurale double. De chaque côté la vessie était en hernie en arrière du sac: elle fut rentrée sans incident.

E. CHEVALIER.

Traitement de l'hématocèle vaginal par l'excision totale, par le Dr CAMELOT. (*Jour. des Scien. med. de Lille*, 25 juin 1898). — Observation intéressante prise dans la pratique du professeur Duret, qui montre les bons effets que l'on peut attendre de l'excision totale dans une affection dont le traitement est encore l'objet d'opinions diverses parmi les chirurgiens.

Dans une revue critique préalable, l'auteur discute, pour les rejeter successivement, les diverses méthodes préconisées jusqu'ici.

La *ponction* suivie d'une injection irritante, est aujourd'hui abandonnée par tous, à juste titre, la récidive étant ici la règle.

La *résection partielle*, pratiquée comme dans la cure radicale de l'hydrocèle, avec reconstitution d'une cavité vaginale étroite, doit être réservée aux cas de pachy-vaginalite, dans lesquels les parois de la poche hématique sont restées minces et souples, capables

de s'accoler au feuillet viscéral. Ces cas sont d'ailleurs rares, et le plus souvent on se trouve en face d'épanchements anciens, devenus hématiques, précisément en raison de leur ancienneté et des modifications que le temps a apportées dans la structure de leurs parois, celles-ci devenant résistantes, fibreuses, fibro-cartilagineuses ou même calcaires.

Reclus, dans les lésions récentes, avec hématocèle de volume moyen, préconise l'*incision simple* : il ouvre largement la cavité, la lave et la bourre de gaze iodoformée. La vaginale, ouverte par l'incision, se dépouille d'abord de ses couches fibrineuses : puis elle se recouvre de bourgeons charnus et une membrane granuleuse se forme bientôt. Les deux feuillets s'accollent et s'unissent de la profondeur à la superficie. Mais ce résultat se fait attendre souvent pendant plusieurs semaines, et si la paroi est demeurée plus épaisse qu'on ne le pensait, l'accollement ne se fait que d'une façon incomplète, laissant des fistules interminables.

La décortication, conseillée par Gosselin, est une opération beaucoup plus rationnelle, mais d'une exécution souvent à peu près impossible, l'exsudat fibrineux s'étant organisé à la longue et se transformant en une trame conjonctive, difficile à dissocier du tissu sous-jacent. D'ailleurs, parviendrait-on à l'enlever, que son substratum, véritable coque rigide, incapable de se rétracter, à surface toujours saignante, régénérerait rapidement un nouvel hématome, surtout si, se fiant à l'asepsie opératoire, on referme immédiatement l'incision, comme on le fait aujourd'hui, au lieu de procéder, comme à l'époque de Gosselin, où la cavité, laissée ouverte, était bourrée de charpie jusqu'à bourgeonnement, comme dans le procédé de l'incision.

La castration, admise par Reclus dans les pachy-vaginitales anciennes, admissible anatomiquement, en raison de l'atrophie tissulaire et de la suppression fonctionnelle du testicule, est d'un effet moral déplorable pour le sujet.

La méthode de choix pour l'auteur, c'est l'excision totale de la vaginale, conseillée par Duret.

Cette méthode est peu en faveur, jusqu'ici; Monod et Térillon en parlent à peine. Reclus l'accuse de favoriser les hémorragies et de n'être souvent qu'une mauvaise castration. Il est vrai que l'épididyme et le cordon, aplatis et enfouis dans les parois fibreuses, de même que le testicule, sont difficiles à isoler, et risquent quelque peu d'être sectionnés, si l'on n'y prend garde. Mais avec un peu de patience et d'attention, cette dissection est parfaitement réalisable : il n'y aurait, d'ailleurs, aucun inconvénient à laisser adhérente au cordon la petite bande fibreuse qui l'emprisonne. L'hémostase est même plus facile à pratiquer après l'excision qu'après la décortication, car il suffit, pour la réaliser, d'étreindre dans un fil les portions de la vaginale qui saignent. D'autre part, le testicule s'accommode très bien de vivre sans sa séreuse, au sein du tissu cellulaire des bourses. Il trouve dans les couches superficielles du scrotum une protection suffisante et la pratique montre même qu'il retrouve, au bout de quelque temps une certaine mobilité.

En somme, la méthode de l'excision totale présente sur la castration l'avantage de conserver le testicule, même altéré; sur la décortication, elle a l'avantage d'être souvent plus facile et toujours plus efficace, puisqu'elle supprime complètement la poche hématique.

L'auteur rapporte en détail une observation caractéristique dans laquelle il s'agissait d'un hématocèle datant de quatorze ans : sa taille dépassait le volume des deux poings. L'incision montra une poche rigide de plusieurs millimètres d'épaisseur, tapissée d'un réseau délicat de caillots fibrineux et adhérents. On pratiqua l'excision de cette paroi. Le seul temps difficile de l'opération fut la libération des éléments du cordon, noyés dans la tunique fibreuse, sur une étendue de cinq à six centimètres. L'incision fut prolongée en dessous, sur la face postérieure des bourses, de façon a transformer la poche scrotale en deux valves. Le testicule fut décortiqué à son tour, de façon qu'il n'eut plus de connexion qu'avec le cordon. Une suture continue au catgut ramena au-devant de lui les feuillets de la couche celluleuse, de façon à lui reformer une cavité que l'on draina à son point le plus déclive. Une seconde ligne de suture au crin de Florence ferma la peau. Pansement compressif. Guérison au neuvième jour, sans autre incident qu'une poussée passagère d'orchi-épididymite.

R. BLONDEL.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

Emploi du Seneçon dans le traitement de l'aménorrhée fonctionnelle. (*Edimburgh med. Journ.* mai 1898).—W. E. FOTHERGILL donne une revue critique des travaux antérieurs

et publie les résultats de sa propre pratique qui a porté sur 22 cas, dont 11 d'aménorrhée fonctionnelle et 4 de dysménorrhée. Selon lui, le sénecon est incapable de causer l'avortement ni de troubler en quoi que ce soit le cours d'une grossesse. Dans l'aménorrhée fonctionnelle, le sénecon rétablit le cours des règles, par un mécanisme que l'auteur rattache à une congestion utérine d'origine vasomotrice et nerveuse. Dans l'aménorrhée due à l'anémie ou a des conditions diverses de dénutrition générale, il est insuffisant pour rétablir le cours des régles. Dans la dysménorrhée, son action est de peu de valeur contre le spasme utérin et les douleurs qui l'accompagnent.

R. BLONDEL.

Hystérectomie pour métrite puerpérale aiguë. VINEBERG (*New York med. Jour.* 2 avril 1898), rapporte un cas suivi de guérison. Les symptômes débutèrent six jours après la délivrance. Un curettage patiqué trois jours plus tard, fut suivi d'une amélioration qui dura 24 heures. Le douzième jour, la malade fut amenée à l'hôpital, dans le délire, avec une température de 40° et 130 pulsations à la minute. L'irrigation utérine continue pratiquée immédiatement, n'amena aucun débris. Le soir du 13e jour, la malade était mourante et l'on se décida à pratiquer l'hystérectomie abominale.

L'utérus, une fois enlevé, fut fendu sur toute sa longueur et la cavité du corps se montra tapissée tout entière d'une matière visqueuse de couleur foncée, d'une odeur fétide. Un fragment de placenta de 2 centimètres sur 4, était implanté dans la corne gauche, à laquelle il adhérait intimement. La malade quitta l'hôpital au bout de six semaines complètement guérie.

L'auteur donne comme explication de l'apparition tardive des accidents, l'hypothèse suivante : le fragment de placenta étant demeuré adhérent, ses éléments superficiels désagrégés s'écoulèrent d'abord avec les lochies. Au bout d'une semaine, le canal cervical devenant de moins en moins perméable, le fond de l'utérus resté mou et devenu pesant s'enfonça au-devant de lui, de façon à le boucher complètement, d'où rétention des matières septiques et absorption de celles-ci, sans que les lochies révèlent le danger par une fétidité spéciale.

Le traitement approprié en pareil cas doit consister dans un curettage immédiat, suivi d'un drainage suffisant pour établir l'écoulement permanent des produits septiques au dehors.

Si, malgré cela, les accidents persistent, si le pouls devient rapide et faible et si l'état général s'aggrave, l'hystérectomie doit être pratiquée sans retard.

L'auteur publie, avec cette observation, un second cas semblable, terminé également par la guérison, et en rappelle, pour mémoire, huit autres publiés par lui antérieurement.

R. BLONDEL.

Salpingite tuberculeuse. M. BEUVIGNON (*Thèse de Nancy*, 1898), considère la tuberculose tubaire comme la localisation la plus fréquente du processus tuberculeux sur les organes génitaux de la femme. Elle est, le plus souvent, secondaire, et comme les symptômes qu'elle provoque sont de même nature que ceux auxquels donnent lieu les affections inflammatoires des annexes, le diagnostic peut être souvent difficile à faire avec la salpingite purulente.

On tiendra compte, dans ce cas, des antécédents héréditaires et personnels de la malade, de l'état général, de l'âge, de l'absence de blennorrhagie et d'infection puerpérale dans les antécédents.

Il ne faut pas compter sur la guérison spontanée : aussi l'extirpation s'imposera-t-elle, aussitôt le diagnostic posé, la salpingite constituant un danger permanent de généralisation de la tuberculose chez l'individu. On tiendra compte, toutefois, si la tuberculose est secondaire, de l'état des autres lésions et de la santé générale du sujet.

La laparotomie médiane constituera l'opération de choix. Le manuel opératoire ne présente ici rien de particulier, à part la multiplicité et la résistance des adhérences que l'on rencontrera habituellement dans le petit bassin, et qui exposeront à la rupture, toujours dangereuse, de la poche purulente. Au cas où cet accident se produirait, on pratiquerait le lavage du péritoine et le drainage. Après l'intervention, la guérison définitive peut s'ensuivre : si même la lésion constitue à elle seule le début de l'invasion bacillaire, tout danger de généralisation peut se trouver écarté *ipso facto*. La malade voit ses douleurs supprimées et l'état général se relèvera rapidement. Il importe de ne pas perdre les malades de vue et de les traiter longtemps comme leur diathèse le comporte.

R. BLONDEL.

Incarcération d'un pessaire. DELECTRANOFF (*Centralbl. fur Gynœk.* n° 5, 1898), publie l'observation d'une paysanne âgée de 60 ans, qui depuis dix ans souffrait d'un prolapsus utérin. Une amie lui fabriqua un pessaire improvisé au moyen de trois anneaux de fort fil

de fer. Lorsque l'auteur vit la malade pour première fois, il y avait quatre ans qu'elle souffrait de violentes douleurs hypogastriques, de pertes purulentes fétides. Il existait un eczéma de la vulve et un foyer purulent se montrait au niveau d'une déchirure du périné. Au fond de celle-ci, on put sentir un bout du pessaire, coupé en deux. L'autre extrémité remontait le long de la muqueuse vaginale, jusqu'à une hauteur de cinq centimètres. Tout le reste du fil de fer était logé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, et le doigt, introduit par l'anus, permettait d'en sentir le relief juste au-dessous de la muqueuse du rectum. Le pessaire fut sectionné, puis extrait et le périnée séparé par le procédé de Tait. La malade guérit rapidement.

Neugebauer a rapporté un cas analogue, dans lequel un bout de fil de fer d'un pessaire traversa le petit bassin, jusqu'à faire saillie au niveau du canal inguinal.

R. BLONDEL.

Restauration de l'urèthre et d'une partie de la cloison vésico-vaginale chez la femme. (*Boston med. and. surg. Journal*, 1898, p. 203). — RICHARDSON a mis en œuvre un procédé nouveau et réellement ingénieux pour réparer une vaste perte de substance produite chez une malade à la suite d'un accouchement laborieux : la déchirure intéressait la partie profonde de l'urèthre et une portion assez importante de la cloison vésico-vaginale à la suite. La méthode employée par l'auteur est inspirée de celle qu'a préconisée Thiersch pour la réparation autoplastique de l'épispadias et de l'hypospadias.

Sur le bord droit de la fissure (côté droit de la malade) une incision fut faite, d'avant en arrière, remontant légèrement en avant, jusqu'au rudiment d'urèthre persistant. Un décollement d'un centimètre et demi de profondeur environ, de haut en bas, donna un lambeau longitudinal à direction parallèle à celle de l'urèthre.

Du côté gauche, une incision semblable fut tracée, mais environ un centimètre plus bas que la précédente et le décollement du nouveau lambeau fut obtenu en procédant, cette fois, de bas en haut.

On eut ainsi deux volets ayant chacun une surface muqueuse et une surface cruentée, tous deux de même forme, mais celui de droite un peu plus large que l'autre, ayant chacun une charnière située à un plan distant de un centimètre et demi de celui de l'autre.

Le lambeau de gauche, celui dont la charnière se trouvait placée au bord de la perte de substance, fut relevé vers la droite, sa surface muqueuse dirigée, par conséquent, en haut, et suturée au bord droit de la fistule, une sonde étant placée dans l'urèthre, pour servir, en quelque sorte, de moule. Il formait ainsi le nouveau plancher de la vessie et de l'urèthre. Le lambeau de droite fut rabattu, au contraire, vers la gauche et suturé au niveau de l'incision faite de ce côté : on eut ainsi un second plan doublant le premier. Des points de suture très fins et suffisamment nombreux servirent à réunir les deux plans muqueux et à les rendre solidaires. L'auteur obtint ainsi une guérison complète, du moins quant à l'écoulement des urines par le vagin. La malade, bien que privée d'un sphincter normal, put néanmoins, dans une certaine mesure, conserver ses urines pendant un certain temps.

R. BLONDEL.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-Interne des hôpitaux.

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement de la constipation chronique chez les enfants. — M. FURST (de Berlin) (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 12 mai 1898) conseille, pour vaincre la constipation des enfants d'avoir recours aux moyens suivants. Un traitement thérapeutique et diététique correct est de la plus grande importance. Du lait bien gras rendra de bons services; de même en beaucoup de cas un massage de l'abdomen.

Les suppositoires ne donneront pas grand succès, car ils n'excitent que la dernière portion des intestins. Les purgatifs, rhubarbe, séné ou cascara sagrada ne seront donnés que pendant un temps restreint, et encore doivent ils être donnés à haute dose si on veut produire un bon effet, mais alors l'appétit est altéré. L'auteur préfère l'emploi des eaux salines purgatives administrées *per os* et *per rectum*.

On en donne de 1 à 3 cuillerées mélangées avec au moins 4 à 5 cuillerées de lait, ce qui cache absolument le mauvais goût de sulfate. Surtout quand la constipation réside dans l'intestin grêle, on obtiendra un excellent effet en donnant cette dose à 2 ou 3 reprises par jour.

Quand les excréments s'accumulent plutôt dans le colon, il vaut mieux employer la voie rectale. Trois ou quatre fois par semaine on administre alors un lavement constitué de la

façon suivante : pour les bébés de six mois à un an on donne une cuillerée d'eau saline dans 1 litre à 1 litre 1/2 d'eau tiède. D'année en année on augmente d'une cuillerée jusqu'à l'âge de 6 ans la dose de 6 cuillerées. qu'on ne dépasse pas ensuite et qui suffit même pour les enfants plus âgés.

En même temps on donnera une nourriture contenant beaucoup d'éléments végétaux : on pratiquera des massages de l'abdomen et on prescrira des exercices physiques : decette façon, la constipation chronique sera guérie, même dans les cas invétérés.

Ce traitement sera continué pendant des semaines et des mois si on veut obtenir un succès durable.

Ce traitement est surtout indiqué quand l'innervation et la sécrétion de l'intestin sont insuffisantes.

E. THIERCELIN.

Euquinine dans le traitement de la fièvre intermittente chez les enfants. (*Wratsch*, nº 18, 1898). — ALEXEIEFF a fait à la Société de Pediatrie de Moscou une communication portant sur quatre cas de fièvre intermittente où il a eu recours à l'euquinine. L'âge des malades a varié de 2 à 11 ans ; la dose de 0,20 centig. à 0,50 centig. deux fois par jour (matin et soir).

Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants.

Ajoutons que la nature de la fièvre ne pouvait être mise en doute, du moins chez trois malades, chez lesquels le microscope a permis de constater la présence des plasmodies caractéristiques dans le sang.

Ordinairement on faisait prendre l'euquinine de la façon suivante : la première dose 5 heures, la deuxième 2 à 3 heures avant le moment présumé de l'accès.

L'euquinine n'a provoqué aucun accident, si peu grave qu'il soit; un seul malade s'est plaint de surdité. Le mieux c'est d'administrer le médicament dans du lait. café ou vin.

KYSSELE a expérimenté l'euquinine dans 5 cas et a constaté comme Alexeïeff la disparition rapide des accès, en même temps qu'une diminution de volume de la rate. Il a eu recours aussi à l'euquinine dans un cas d'érysipèle : le médicament en question n'a pas semblé exercer une action sur la fièvre.

FILATOFF a obtenu les mêmes résultats favorables.

MOURATOFF. L'euquinine exerce-t-elle comme la quinine une action anti-convulsive ?

VLADIMIROFF. Il serait curieux d'examiner les modifications subies par les plasmodies sous l'influence de l'euquinine.

B. TAFT.

La scille en médecine infantile, par COMBY (*Médecine moderne*, nº 48, p. 377, 1898). — La scille est surtout utile dans les hydropisies d'origine cardiaque ; elle est contre-indiquée quand les œdèmes sont déterminés par une altération du rein.

D'autre part ses propriétés expectorantes sont mises à profit dans le traitement des bronchites subaiguës, de la coqueluche.

La poudre de scille se prescrit à la dose d'un centigramme par jour et par année d'âge.

Poudre de scille.....	0 gr. 05
Sucre de lait.....	0 gr. 50

Faire 5 paquets, qu'on fera prendre toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau ou de lait.

On peut l'associer à la digitale, à la scammonée :

Poudre de scille.....	
De digitale.....	âà 0 gr. 05
De scammonée.....	
Sucre de lait.....	1 gr.

Faire 5 paquets ; un toutes les deux heures.

On peut prescrire encore :

Poudre de scille.....	
Calomel à la vapeur..	âà 0 gr. 02
Sucre en poudre.....	0 gr. 20

pour un paquet, 5 dans la journée pour un enfant de 10 ans.

En cas d'affection broncho-pulmonaire, la scille sera associée au soufre :

Poudre de scille.....	0 gr. 02
Soufre lavé.....	0 gr. 04
Sucre.....	0 gr. 10

pour un paquet; en prendre 3, 4, 5 par jour, suivant l'âge.

La teinture alcoolique de scille se prescrit à la dose de 2 gouttes par jour et par année d'âge, comme la teinture de digitale, à laquelle on peut l'associer :

Teinture de digitale....	
Teinture de scille.....	âà X gouttes
Sirop des cinq racines..	15 gr.
Eau distillée.....	60 gr.

par cuillerées, dans la journée, pour un enfant de 5 ans.

L'oxymel scillitique se prescrit à la dose de 2 grammes par jour et par année d'âge :

Oxymel scillitique.....	10 gr.
Teinture de belladone.	
Alcoolature de racine d'aconit.....	âà X gouttes
Sirop de terpine.....	10 gr.
Eau distillée.....	40 gr.

A prendre dans la journée par cuillerées à dessert (une toutes les deux heures) dans la coqueluche — pour un enfant de cinq ans.

Le vin scillitique se prescrit aux mêmes doses que l'oxymel et le Vin diurétique amer de la Charité, à dose quatruple ou quintuple.

G. LYON.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Recherches sur l'action de la péronine (*Therap. Monatshefte*, juin 1898). — MELTZER a soumis la péronine à une nouvelle expérimentation. On sait que le chlorhydrate de benzylmorphine ou péronine constitue un hypnotique susceptible de rendre des services comme succédané de la morphine. L'auteur le prescrit sous la forme suivante :

Péronine.....	2 gr.
Saccharine.....	0 gr. 5
Alcool de vin.....	100 gr.
Eau.....	900 gr.

Agiter fortement avant de s'en servir.

5 gr. de liquide contiennent un centigramme de péronine. La saccharine masque fort bien l'amertume et la causticité du médicament.

Le traitement a été essayé sur une série d'aliénés, surtout des paralytiques généraux, présentant des crises d'excitation et d'insomnie.

Les doses, prudemment expérimentées, ont été poussées jusqu'à 0 gr. 10 : chez 5 paralytiques agités l'effet hypnotique a été obtenu, dans 70 0/0 des cas d'administration, au bout d'une demi à une heure et a persisté pendant plusieurs heures. On n'observa jamais d'accidents ni d'inconvénients, sauf dans un cas, où le malade se plaignit de soif à la suite de l'injection de péronine.

L'action physiologique rappelle tout-à-fait celle de la morphine : l'élimination est toutefois beaucoup plus rapide, car le myosis, p. ex., disparaît 1 à 2 heures après administration du médicament : l'accoutumance ne se produit pas par conséquent.

Les inconvénients de la péronine consistent dans sa difficile solubilité (1 : 250. Meltzer), son mauvais goût et son prix élevé. Le produit ne peut être administré par voie sous-cutanée.

La place de la péronine, comme hypnotique est entre la morphine et les hypnotiques courants (sulfonal, trional, paraldéhyde, etc.)

E. VOGT.

Préparation de la pommade au précipité jaune. (*Wochenschrift, f. Ther. u. Hyg. des Auges*, n° 15, 1898.) — FUCHS, pour permettre d'obtenir facilement une pommade irréprochable au point de vue de la division extrême du médicament, recommande le procédé suivant. On mélange 5 gr. de précipité jaune obtenu par voie humide à quantité égale de vaseline blanche américaine et on mélange au bain-marie dans un mortier de verre. Il faut éviter de trop chauffer : l'opération doit durer de 20 à 25 minutes. On retire ensuite du bain-marie et on ajoute 15 gr. de vaseline blanche : on mélange ensuite avec soin jusqu'à refroidissement.

E. VOGT.

De l'absorption diadermique des médicaments. (*Archives d'électr. médicale*, 15 mai 1898). — GILLES a fait quelques nouveaux essais concernant l'absorption des médicaments, qui se fait par cataphorèse (transport mécanique), ou électrolyse (échange chimique), quand on s'adresse à l'électricité, pour obtenir cette absorption.

L'auteur s'est servi du procédé suivant : l'électrolyte doit être en solution peu concentrée et offrir le meilleur contact possible avec la partie malade. La surface de contact sera étendue pour diminuer la densité du courant et permettre l'usage d'intensités aussi élevées que possible.

Le pôle indifférent sera, selon les circonstances, un pédiluve ou un maniluve d'eau salée; un bain local constituera le pôle actif, si c'est possible; dans le cas contraire, on couvrira la partie malade d'une épaisse couche de ouate hydrophile imbibée de la solution voulue; le courant sera distribué par une plaque d'étain de dimensions appropriées, aussi étendues que possible. On pourra user, pour le genou et le coude, du procédé suivant : un cylindre de bois, de hauteur égale à la région articulaire, est fermé à ses deux cercles extrêmes, comme un tambour, par des lames de caoutchouc; une ouverture percée au centre des lames permet au membre de traverser le tambour; le membre mis en place, on remplit l'appareil de liquide et on y amène le courant par une borne spéciale reliée à un crayon de charbon ou, mieux, à une lame d'étain appliquée à la surface interne du tambour.

On usera d'un courant fourni par cinquante piles Leclanché et rhéosté de façon à laisser

passer une intensité aussi forte que permet de le faire la sensibilité du malade.

Cette intensité maxima varie avec les sujets, les pôles et les électrolytes de 10 à 50 mA.; les séances sont bi ou trihebdomadaires et d'une durée de trente minutes; si la peau du malade présente quelques fissures, on les isole en les couvrant de trois couches de collodion.

Il est très important, en cas de maniluve, de faire enlever les bagues, qui donnent très facilement lieu à la production d'eschares.

Le chlorure de lithium, l'iodure et le bromure de potassium ont servi aux essais thérapeutiques, chez des goutteux, des rhumatisants, des malades atteints d'arthrites, d'entorses et de fractures. Résultat excellent dans quatre cas de goutte, traités au début de la période de déclin : la convalescence a été presque nulle, si on la compare aux convalescences des attaques antérieures. Le rhumatisme articulaire aigu n'est heureusement influencé que pendant la convalescence : le rhumatisme d'Heberden n'est pas modifié.

Le traitement calme les douleurs, au moins temporairement.

Dans certains cas d'arthrite fongueuse, l'action de l'absorption électrique de lithine a été beaucoup plus efficace que celle de l'absorption d'iode. Dans les cas d'entorse et de fractures, la lithine produit un résultat anesthésique et semble hâter la guérison.

Pour le bromure, quel que soit le pôle choisi, les résultats ont été nuls jusqu'ici.

L'auteur a essayé, à la suite de ces expériences, l'absorption de sulfate de fer additionné d'un peu d'acide tartrique. Le tégument prend, à la suite de cette intervention, une teinte jaune d'ocre qui peut persister pendant plusieurs mois.

Les résultats sont très bons dans la chloro-anémie et l'anémie simple, ainsi que dans les cas d'hémorragie (épistaxis répétées p. ex.). Trois séances ont suffi, dans un cas d'épistaxis, pour supprimer les accidents chez une jeune fille ; en même temps, l'époque menstruelle suivante fut supprimée.

La méthode est à recommander dans les cas où il s'agit de localiser l'absorption et d'éliminer les réactions auxquelles certaines substances sont sujettes dans le tube digestif.

E. VOGT.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZEMA INFANTILE

1° TRAITEMENT INTERNE.

Le traitement interne prend chez les enfants une importance capitale, car l'eczéma infantile résulte aujourd'hui d'une auto-intoxication déterminée par l'alimentation vicieuse.

A. Chez le nourrison).

Si l'enfant est nourri au sein, *espacer* régulièrement les tétées, les réduire d'un tiers dans la journée pendant un certain temps et supprimer la tétée nocturne, que l'on remplacera par de l'eau bouillie.

Surveiller l'alimentation de la nourrice. (notamment en ce qui concerne la nature des boissons).

Si l'enfant est nourri au biberon, employer du *lait stérilisé*, le *couper* d'eau lactosée dans les proportions indiquées par l'âge de l'enfant : prendre en ce qui concerne le biberon les soins d'asepsie les plus minutieux,

L'état de souffrance du tube digestif se traduit chez le nourrisson par de la diarrhée ou de la constipation ;

S'il y a de la diarrhée verte, des poussées fébriles, se garder de prescrire des poudres absorbantes ou des astringents ; faire des lavages de l'intestin à l'aide d'un appareil composé d'un entonnoir en verre, d'un tube terminé par une sonde molle en caoutchouc rouge (sonde de Nélaton) que l'on introduira assez haut dans l'intestin. Employer pour chaque lavage un tiers de litre ou un demi-litre d'eau bouillie à 38°, additionnée d'une cuillerée à café de

Borate de soude. . . . . 50 gr.

Prescrire d'autre part le *calomel*, soit à doses massives 0 gr. 10 — 0 gr. 40 (suivant l'âge), soit à doses fractionnées et réparties, c'est-à-dire, pour un enfant d'un an, un à deux centigrammes en 4 paquets que l'on fera prendre d'heure en heure dans une cuillerée à café d'eau sucrée ou de lait.

Si la constipation succède à la diarrhée, la combattre par les *suppositoires glycérinés*, les *injections rectales* de *glycérine pure* (4 à 5 gr.), par la *manne* (15 à 30 gr.) prise dans un peu de lait, la *magnésie calcinée* (une pincée, l'*huile de ricin* associée à parties égales au sirop de gomme (une cuillerée à café

du mélange chez un enfant de six mois), etc.

Au bout de quelque temps, si la diarrhée devient chronique, employer l'*acide lactique*.

Acide lactique	2 gr.
Sirop de sucre	40 gr.
Eau	160 gr.
Alcoolature de citron .	XX gouttes.

Une cuillerée à café après chaque tétée.

Si les fonctions gastriques restent languissantes, si l'enfant a des éructations fréquentes, prend le sein sans avidité, prescrire une cuillerée à café d'*eau de Vichy* avant chaque tétée.

Si malgré l'observation de ces différentes prescriptions, l'enfant reste infecté (teint pâle, adénopathies multiples, etc.), le désintoxiquer à l'aide d'une injection sous-cutanée quotidienne de 10 à 15 gr. de *solutions salines stérilisées*.

Eau distillée et stérilisée.	300 cc.
Chlorure de sodium. . .	2 gr. 10
Phosphate de soude. . .	1 gr.

pratiquer de 15 à 20 injections.

Envoyer l'enfant à la *campagne*.

B. Dans la seconde enfance).

Instituer le régime alimentaire suivant :

Lait et laitage, viandes blanches, (poulet, pigeon, côtelettes d'agneau, ris de veau, cervelle), œufs, féculents en purée, légumes verts, fruits cuits. Pain en très petite quantité. Eau d'Evian ou d'Alet en boisson.

Défendre les viandes rouges, le porc, la charcuterie, les crustacés, les asperges, les tomates, les choux, l'oseille, les crudités, les fromages, etc.

Veiller à la régularité des garde-robes : *huile de ricin, purgatifs salins*.

Chez les scrofuleux, prescrire le sirop *iodotannique*, le *sirop d'iodure de fer*, l'*huile de foie de morue* (si l'état de l'estomac le permet), le soufre (eau de Labassère. 20 à 50 gr. dans du lait).

Chez les enfants issus d'arthritiques prescrire le *bi-carbonate de soude*.

Benzoate de soude . .	1 gr.
Bi-carbonate de soude.	6 gr.
Sirop de fumeterre . .	
Sirop de gentiane. . .	âà 75 gr.
Sirop de saponaire . .	

deux cuillerées à entremets par jour.

Si l'eczéma est très prurigineux, prescrire l'*eau de laurier-cerise*, la teinture de belladone (X à XX gouttes).

2° TRAITEMENT EXTERNE.

Chez le nourrisson).

1° Bains d'amidon courts et peu chauds (33°).

2° Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes amidonnés.

3° Puis pansements humides avec de la tarlatane désapprêtée, pliée en plusieurs doubles, imbibée de la solution suivante :

Acide borique	âà 15
Biborate de soude . . .	
Eau bouillie	un litre.

et recouverte de gutta-percha laminée.

4° Faire des lotions matin et soir pour enlever les sécrétions avec de l'eau de camomille additionnée d'un peu de borate de soude (2 gr. p. 100).

Ne pas employer les enveloppements avec le caoutchouc que les nourrissons ne tolèrent pas.

5° Remplacer au bout de quelques jours les pansements humides qui entravent la kératinisation, par les *poudres inertes* qui constituent le traitement de choix : poudres d'amidon, de talc, de lycopode, de dermatol, de sous-nitrate de bismuth diversement associées :

Amidon.	
Talc.	
Lycopode.	âà 20 gr.
Sous-nitrate de bismuth .	
Acide salicylique	1 gr.
Menthol (si le prurit est intense).	0 gr. 50

6° Les pommades, même la pommade à l'oxyde de zinc, déterminent habituellement de nouvelles poussées; quand la peau est devenue sèche, luisante, essayer seulement le *glycérolé d'amidon* et poudre par-dessus.

Dans la seconde enfance)

Même traitement par les enveloppements humides ou par le caoutchouc; ultérieurement glycérolé d'amidon ou pommade à l'oxyde de zinc; dans les formes chroniques, invétérées, *Huile de cade*.

Huile de cade vraie. . . .	15 gr.
Extrait fluide de Panama.	qs.
Glycérolé d'amidon. . . .	30 gr.

Dans l'eczéma seborrhéique, pommades à l'oxyde de zinc, au soufre et à l'acide salicylique.

Vaseline	40 gr.
Oxyde de zinc.	10 gr.
Soufre	4 gr.
Acide salicylique. . . .	0 gr. 50

Ultérieurement séjour à la campagne.

Cures à Saint-Gervais. Uriage, Challes, la Bourboule suivant les indications.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Association Française de chirurgie, *12e congrès*, 17-22 octobre 1898. — Le 12e Congrès de l'*Association française de Chirurgie* s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le *lundi 17 octobre 1898*, sous la présidence de *M. le professeur Le Dentu*, membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Necker.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *De la Néphrotomie*, MM. GUYON et ALBARRAN, rapporteurs.

2° *Traitement du goître (cancer et goître exophthalmique exceptés)*, M. J. REVERDIN, de Genève, rapporteur.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Les vacances. — Un petit écho qui fait en ce moment le tour de la presse médicale anglaise et américaine fait connaître le nombre de jours fériés que comporte l'année scolaire d'un *étudiant* parisien. Nous ignorons quel est le journaliste français qui a communiqué cette petite statistique à nos amis (?) Mais il faut lui reconnaître une dose de mauvaise foi peu commune.

Voici comment il établit son compte : Grandes vacances 64 jours. — Toussaint 3 jours. — Noël et jour de l'an 10 jours. — St-Charlemagne (?) 2 jours. — Jours gras, 2 jours. — Vacances de Pâques, 15 jours. — Pentecôte, 3 jours. — Fête nationale 3 jours. — Anniversaire de grands hommes, 10 jours : en ajoutant 52 jeudis et 52 dimanches l'auteur arrive à cette conclusion : 149 jours de travail sur 365, voilà tout ce que comporte en France l'instruction d'un médecin, d'un homme de loi ou d'un politicien.

Braves gens!

Il est certain que quelques uns de nos jeunes étudiants ne risquent guère la méningite par excès de travail ; mais encore faut-il être juste. Leur attribuer la Saint-Charlemagne des potaches, *tous* les jeudis de l'année, et faire encore entrer dans ce total les jeudis et dimanches déjà comptés dans les périodes de grandes et petites vacances, c'est faire preuve d'un singulier esprit arithmétique.

Maintenant, si l'on veut s'amuser à retirer de la vie scolaire de l'étudiant anglais *tous les samedis*, *tous* les dimanches et le temps consacré *officiellement* au tennis et à la préparation des régates, je ne sais qui en fin de compte, détiendra le *record à rebours* du surmenage.

La peine de la castration. — Un bill vient d'être introduit dans la législation du Kansas, ordonnant que tout homme convaincu de viol, tout ministre de la religion ou maître d'école convaincu d'avoir abusé d'une fille de moins de dix-huit ans, sera emprisonné pour 5 ou 20 ans et *castré un an après son incarcération*. (*Bulletin méd.* 18 mai.)

Un nouveau médicament. — L'obligation de désigner par une étiquette l'usage à faire du médicament contenu dans la fiole, a permis à un de nos confrères de nous relater l'anecdote suivante :

Arrivé chez un contusionné, à la suite d'une chute, il remarque que son client a couvert la lésion de linges humides. Qu'avez vous fait jusqu'ici, dit notre Esculape. Monsieur le docteur, répond le patient, ma femme a été chercher pour 50 centimes *d'usage externe* pour mettre en compresses. (*Absolument authentique.*) (*Belgique médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE

Technique bactériologique, par R. WURTZ. 2e édition, 1 vol. in-18; 26 pages avec 77 figures, Paris 1898, Masson et Cie. Prix 2 fr. 50. — Ce petit volume, aujourd'hui sur toutes les tables des laboratoires, est le guide le plus commode que l'étudiant puisse adopter pour s'initier aux divers détails de la pratique de la microbiologie, qu'il s'agisse des formules classiques ou de tours de main spéciaux.

Il est écrit avec une remarquable clarté : ans développements inutiles et encombrants, ils conduit le lecteur pas à pas au travers des pratiques si variées qui constituent la « cuisine » du microbiologiste, l'avertissant constamment des causes d'échec possible, de l'importance de tel détail, de ce qu'il en adviendra si une erreur est commise en trop ou en moins. Il n'est pas possible de trouver un meilleur guide.

C'est le véritable vade-meum de l'étudiant, auquel il est devenu rapidement indispensable, puisque déjà une 2e édition s'impose, la 1re ayant été enlevée en quelques semaines.

Cette deuxième édition renferme des améliorations nombreuses et des figures nouvelles y ont pris place. Un dernier chapitre est consacré à l'isolement des produits solubles sécrétés par les microbes, notions qu'on ne trouvait jusqu'ici dans aucun manuel de bactériologie.

Nous souhaitons à la seconde édition de cet excellent petit livre, tout le succès de sa devancière.

R. BLONDEL.

Précis de bactériologie clinique. R. WURTZ. 1 vol. in 16 de 544 p. avec 57 figures dans le texte et nombreux tableaux synoptiques. 2e édition. Masson et Cie, éd. prix 4 fr. — Ce volume est le complément du précédent. Avec lui nous entrons dans l'étude des produits pathologiques et dans la biologie des micro-organismes infectieux. Il suppose le lecteur déjà au courant des détails de la technique. Bien qu'à chaque page il fasse connaître des détails nouveaux et spéciaux quant au mode d'isolement, de coloration et de culture de chaque espèce microbienne. Des tableaux synoptiques précieux pour l'identification des micro-organismes, s'y rencontrent en grand nombre ainsi que d'excellentes figures.

R. BLONDEL.

Nos bons moments et nos fichus quarts d'heure. — 1 brochure 32 p. Paris 1898. G. CARRÉ et C. NAUD, éd. — « Il doit exister quelque part, écrivait un jour François Coppée, un grand livre relié en cuir vert avec des coins de cuivre, sur lequel sont inscrits, par doit et avoir, nos bons moments et nos fichus quarts d'heure. »

C'est ce livre, sous forme d'une jolie brochure luxueusement éditée, que présente la compagnie des Eaux de Pougues, sous la forme d'un calendrier joliment ouvragé, entouré d'un texte spirituel, ou une douce philosophie nous montre le chemin du bonheur par la pratique de l'adage bien connu : *mens sano in corpore sano.*

R. B.

Annual and analytical cyclopœdia of practical médecine. SAJOUS. — Nous recevons le premier volume de l'Annual and analytical cyclopœdia of practical medecine de SAJOUS. C'est sous une forme nouvelle le recueil publié antérieurement par le même auteur sous le nom « Annual of the universal medical science » Cette nouvelle encyclopédie est bien supérieure à son aînée. Le luxe typographique en est remarquable, les recherches y sont plus faciles. L'ordre alphabétique a été adopté; on trouve dans ce premier volume : les Blessures de l'abdomen, la maladie d'Addison, l'albuminurie, l'angine de poitrine, l'alcoolisme, l'appendicite, la maladie de Bright. Chaque chapitre offre un résumé succint de la question, et contient l'analyse des principaux travaux publiés en 1896-97 sur le sujet et empruntés à la littérature de tous les pays.

La dysménorrhée et l'aménorrhée. Résultats obtenus par le traitement hydro-minéral, par le Dr LÉON MERLE.

Sur l'administration du bleu de méthylène dans les suppurations de l'appareil urinaire, par le Dr MARX.

Sur quatre cas de folie post-opératoire par le Dr MARX.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3 rue Bourdaloue. Paris. *Le Propriétaire-Gérant.* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Les malades riches et la maison Dubois. — Nous extrayons de la *Gazette des Hôpitaux* cet article que nous approuvons absolument :

« Au moment où le nouveau directeur de l'Assistance publique vient de s'installer et de prendre possession de ses différents services, il nous saura gré de lui signaler quelques défectuosités qui contribuent à grever le budget qu'il a la difficile mission d'équilibrer.

« Il existe à Paris une maison appartenant à l'Assistance publique et fonctionnant à l'aide de ses deniers, qu'on désigne sous le nom de Maison municipale de santé, ou plus habituellement sous le nom de Maison Dubois. Cet établissement faillit, il y a deux ans à peine, être supprimé. Mais il résista à l'assaut qui fut tenté contre lui. Fût-ce à tort ou bien avec raison que la pioche des démolisseurs respecta l'immeuble menacé? C'est là un sujet d'études approfondies qu'il serait possible de mener à bien à l'aide de documents précis.

« La Maison Dubois est destinée à une clientèle de malades peu fortunés qui redoutent l'hôpital, mais ne peuvent faire chez eux les frais d'un traitement coûteux Cette catégorie très intéressante de malades, fonctionnaires, employés, commis, travailleurs de toute sortes, classe de gens ni pauvres ni riches, devait attirer l'attention de l'assistance publique. Ce n'est pas sans raison qu'on a créé pour eux un établissement spécial, mi-hôpital, mi-maison de santé, où ces malades peuvent trouver les soins de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, tout en évitant les promiscuités pénibles et la salle commune. Mais si des malades aisés pénètrent et se glissent honteusement dans nos hôpitaux, à la Maison Dubois ils pénètrent en maîtres, la tête haute. Ils sont chez eux, puisqu'ils paient.

« C'est de ces malades que nous voulons parler aujourd'hui, et, au hasard, voici deux ou trois exemples de malades pris dans le nombre.

« Une dame A..., habitant la province, atteinte d'un volumineux fibrome utérin, vient consulter à Paris. Elle cherche comment éviter les honoraires chirurgicaux, sans toutefois entrer à l'hôpital. La maison Dubois est tout indiquée. La malade y est opérée et guérie. Elle a acquitté les droits de 6 à 7 francs par jour. Elle est en règle vis-à-vis de l'Assistance publique. Mais celle-ci est-elle quitte vis-vis du corps médical en ayant hospitalisé une malade, notable commerçante d'une grande ville, qui avouait qu'elle eût pu payer des honoraires dont se seraient contentés maints chirurgiens, et non des moins habiles ? Ce que confirma d'ailleurs le médecin de son pays, qu'elle fit venir pour assister à l'opération.

« Un autre malade vient trouver l'un des chirurgiens de la Maison et lui tient très ouvertement ce langage : « Docteur, j'ai une certaine aisance et je paierais facilement les 2,000 francs nécessaires pour l'opération que je dois subir. Mais je serais bien naïf, alors que je puis être débarrassé gratuitement de mon infirmité à la maison Dubois, de dépenser quoi que ce soit. Cela me permettra de faire en Suisse un excellent voyage de convalescence. » Et ledit malade prend un appartement où il loge, lui et sa femme, pour 12 francs par jour, enchanté du bon accueil que l'Assistance publique de Paris lui a réservé, à lui provincial aisé et malin.

« Cette fois, il s'agit d'un jeune Parisien, fils de notables industriels dont le nom est fort connu sur la place de Paris : la maison paternelle est immense, fort renommée : elle occupe plusieurs centaines d'ouvriers, mais l'économie y règne en maîtresse et les cordons de la bourse y sont fortement serrés. Survient une appendicite grave, avec accidents hépatiques. Vite à la Maison Dubois, où le malade est opéré et guéri aux frais de l'Administration.

« Si la Maison Dubois, hôpital payant, couvrait ses dépenses par ses recettes et équilibrait son budget, il n'y aurait de lésés que les médecins, chirurgiens, pharmaciens, garde-malades et maisons de santé de la ville. Mais la Maison Dubois est une lourde charge pour le budget de l'Assistance publique. L'hospitalisation de ces malades est donc nuisible aux intérêts de tous.

« On dit que le nouveau directeur est bien pénétré de l'idée que l'hôpital appartient aux seuls pauvres; nul doute alors qu'il ne fasse rechercher les modifications qui pourraient être apportées au fonctionnement de la Maison municipale de santé. »

Un exemple d'énergie. — Le *Temps* publie les lignes suivantes, que les grands chefs de notre armée ne liront pas sans intérêt :

A propos de la campagne du Soudan, notre correspondant de Londres nous résume une intéressante conférence que vient de faire dans cette ville lady Elisabeth Biddulph, retour d'Egypte, devant ses collègues de la ligue contre l'alcoolisme :

La conférencière, nous écrit-il, se trouvait au Caire lors du départ des derniers renforts envoyés à sir Herbert Kitchener, et elle n'apprit pas sans surprise que le sirdar avait proscrit de ses convois d'approvisionnements non seulement les spiritueux, mais encore les boissons fermentées ainsi que toutes les bières. L'armée n'emportait d'autres liquides spiritueux que ceux nécessaires à la pharmacie. Interrogé, lord Cromer confirma les dispositions du général en chef, en ajoutant que l'eau des rivières épurées par les filtres Pasteur, et les provisions de thé devaient suffire à tous les besoins des soldats.

— Cette décision du sirdar. dit-il, est le résultat d'expériences faites par le feld-maréchal vicomte Wolseley pendant les opérations militaires contre Arabi pacha. A ce moment, le feld-maréchal voulut se rendre compte des effets de l'alcool employé comme stimulant. Il en fit délivrer à certains bataillons, tandis qu'il en privait complètement tous les autres. Au début, les soldats alimentés d'alcool parurent l'emporter en vigueur et en activité. Cela dura trois ou quatre jours, pas davantage. On s'aperçut bientôt qu'ils se fatiguaient plus vite que les hommes soumis au régime de l'abstinence, qu'ils étaient moins vifs, moins dispos dans les prises d'armes et dans les alertes. La distribution d'alcool fut supprimée et le feld-maréchal s'en félicita. Le général sir Herbert Kitchener ne fait que profiter de la leçon.

— Mais, demanda lady Elisabeth Biddulph, l'armée du sidar compte des bataillons de Cameron et de Seaforth, des Ecossais qui ont l'habitude du whisky et qui ne pourront sans doute pas s'en passer.

— C'est une erreur, conclut lord Cromer. Vous verrez que, l'heure de la bataille sonnant, ils ne s'en battront que mieux.

Et, de fait, cette armée de buveurs d'eau a fait de merveilleuse besogne

La conférencière nous a raconté aussi l'histoire d'un négociant grec, avisé de la décision prise par le sirdar et qui y vit un moyen de faire fortune. Dès que les troupes se furent mises en mouvement, il chargea sur une vingtaine de voitures tout ce qu'il put se procurer d'une eau-de-vie de qualité inférieure sur laquelle il réalisait cent cinquante pour cent de bénéfices en la vendant au prix de six francs vingt-cinq les douze litres, verre compris, et il se mit en route pour rejoindre l'armée et vendre cette eau-de-vie en fraude aux soldats. Sir Herber Kitchener fit cerner le convoi, saisir les alcools et briser les bouteilles, dont le contenu ne désaltéra que le sable.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des troubles gastro-intestinaux du nourrisson

par le Dr E. THIERCELIN

Ancien interne de l'hospice des Enfants-Assistés
Chef de clinique de la Faculté de Médecine

Depuis plusieurs années, les médecins qui étudient les maladies de l'enfance ont porté leur attention d'une façon toute spéciale sur les troubles gastro-intestinaux du nourrisson, et l'on peut dire que les efforts qu'ils ont faits pour les mieux connaître et pour les mieux traiter ont été, en partie du moins, couronnés de succès. En effet, les causes qui produisent ces troubles sont aujourd'hui mieux connues, les règles hygiéniques qui permettent de les éviter sont aujourd'hui précisées, et les médications qu'on leur oppose arrivent, dans le plus grand nombre des cas, à les dominer et à triompher du mal. Quand on compare les chiffres de la mortalité dans la première année fournis par les statistiques actuelles, à ceux que donnaient les statistiques d'il y a vingt ans, on voit quels progrès ont été accomplis, et nous sommes convaincu que quand les règles concernant l'hygiène de la première enfance seront mieux connues des mères, et quand les médecins seront plus familiarisés avec les médications qu'on doit opposer aux troubles gastro-intestinaux du nourrisson, le chiffre de la mortalité diminuera considérablement encore : je n'en veux pour preuve, du reste, que la différence qui existe entre la mortalité bien minime des enfants bien soignés des classes aisées, et celle, très élevée au contraire, des enfants appartenant aux classes pauvres.

Les troubles gastro-intestinaux du nourrisson éclatent surtout en été, et une statistique toute récente de M. Depasse (1) vient nous montrer que c'est dans les mois de juillet et août que la mortalité est de beaucoup la plus fréquente, portant surtout, ainsi qu'il fallait le prévoir, sur les enfants nourris au biberon. C'est pour cette raison que nous avons pensé qu'il pouvait être utile à cette époque de tracer en quelques lignes, d'une façon succincte, la conduite à tenir quand on se trouve en présence de ces troubles.

Nous ne nous occuperons pas, dans cet article, des entérites spécifiques, comme celles qui sont dues au choléra, à la fièvre typhoïde, à la tuberculose, ou à la syphilis intestinale, et qui sont d'ailleurs extrêmement rares dans la première enfance: nous n'aurons en vue

(1) M. Depasse « *Le service de la protection du premier âge dans le département de la Seine* » (*France Médicale*, 8 juillet 1898), publie deux tableaux dans lesquels il montre la mortalité des nourrissons par rapport aux saisons et selon qu'ils sont élevés au sein ou au biberon. Le premier tableau nous montre que, pendant les autres mois de l'année, les chiffres de la mortalité oscillent entre 10 et 19 : pendant les mois de juillet et d'août ils atteignent 53 et 33 ; le deuxième tableau nous montre que cette élévation de la mortalité porte presque uniquement sur les enfants élevés au biberon.

que les troubles gastro-intestinaux les plus habituellement rencontrés chez le nourrisson et qu'on peut diviser en deux catégories, d'après leur marche, en *gastro-entérite chronique*, le plus souvent d'origine dyspeptique et non infectieuse, et en *gastro-entérite aiguë* dans laquelle dominent l'infection et l'intoxication. Cette division est importante à établir, car non seulement elle repose sur une marche différente, mais aussi elle reconnaît une pathogénie spéciale, et le médecin ne se comportera pas de la même façon suivant qu'il se trouvera en présence de l'une ou de l'autre de ces formes.

A l'origine des troubles digestifs, on trouve ordinairement chez l'enfant un vice dans l'alimentation, que celle-ci soit défectueuse par sa quantité, par sa qualité ou par son mode d'administration : aussi le médecin devra-t-il avant toutes choses, en s'approchant d'un enfant malade, s'enquérir de la façon dont celui-ci est nourri. Si l'enfant est au biberon, ce qui est malheureusement le cas le plus fréquent, il devra chercher à connaître la qualité du lait qu'on lui donne : est-ce du lait stérilisé ou pasteurisé, et quelle est sa provenance ? puis la quantité donnée à chaque tétée et enfin combien de temps on laisse s'écouler entre les tétées pendant le jour et pendant la nuit. Si l'enfant est au sein, le médecin cherchera à se rendre compte de l'état de santé de la nourrice, de la quantité de lait qu'elle donne à l'enfant, qu'on appréciera à peu près par le temps qu'on laisse celui-ci au sein, et enfin du nombre de tétées données dans les vingt-quatres heures : ces renseignements ont une grande importance, car c'est grâce à eux que le médecin pourra trouver la cause des troubles qu'il constate chez le nourrisson, et ils lui permettront de régler l'alimentation d'une façon parfaite quand les troubles digestifs auront été enrayés.

Après avoir pris connaissance de la façon dont l'enfant est alimenté, on devra s'enquérir de l'état des selles de l'enfant, non seulement depuis que celui-ci est malade, mais aussi depuis quelque temps et même depuis la naissance. On demandera à voir les dernières couches, on interrogera la mère sur la façon dont l'enfant se comportait après les tétées (régurgitation immédiate ou tardive), sur son poids et la progression de celui-ci, et enfin on interrogera la température et l'état de l'abdomen.

Au moyen de ces diverses investigations, le médecin saura s'il est en présence d'un cas de gastro-entérite chronique ou d'un cas aigu et il devra se comporter d'une façon différente suivant l'un ou l'autre cas.

Voyons tout d'abord les cas les plus simples, dans lesquels il n'y a pas encore de gastro-entérite, mais seulement une légère dyspepsie. Le médecin est souvent consulté par les mères soucieuses et vigilantes à cette toute première période, et ses conseils sauront empêcher le développement de troubles plus sérieux. A ce moment il n'y a encore que quelques régurgitations se produisant immédiatement après la tétée : les selles sont normales ou à peine un peu trop fréquentes. Ces troubles sont dus à ce que l'enfant prend une trop grande quantité de lait : il suffira donc de diminuer cette quantité dans le verre ou le biberon, ou bien de laisser l'enfant moins longtemps au sein ; dans ce dernier cas il sera bon, pendant quelques jours, de le peser avant et après chaque tétée pour se rendre, un compte exact de la quantité de lait qu'il absorbe.

La dyspepsie est déjà établie et il existe même déjà un peu de gastro-entérite chronique quand les régurgitations se font une demi-heure après la tétée, et alors les selles sont plus fréquentes et quelquefois vertes mais peu liquides : dans ce cas encore, le médecin devra surtout réglementer l'alimentation, cause de tout le mal, et cette réglementation suffira le plus souvent pour faire cesser ces légers accidents ; pourtant, dans quelques cas, si la diarrhée est abondante, on fera bien de mettre l'enfant pendant quelques heures à la diète aqueuse et on reprendra ensuite les tétées en les maintenant très éloignées et très

minimes d'abord, pour les rapprocher et les augmenter ensuite peu à peu jusqu'à ce qu'on soit arrivé aux distances et à la quantité où on doit les maintenir.

Dans ces conditions les régurgitations cessent et ne se reproduisent plus. Mais dans quelques cas la diarrhée persiste ou du moins l'enfant continue à avoir chaque jour trois ou quatre selles: il suffira alors, le plus souvent, pour faire disparaître cet accident, de faire prendre à l'enfant, avant la tétée, un peu d'eau de Vals ou mieux d'eau de chaux ou une pincée d'un mélange de bi-carbonate de soude et de carbonate de chaux. Si, après ces essais, la diarrhée persistait et si le poids de l'enfant diminuait, c'est que le lait que prend l'enfant ne lui convient pas, et dans ces conditions, surtout si c'est en été, il ne faut pas hésiter à donner une nourrice à l'enfant s'il est au biberon ou bien à changer de nourrice s'il est au sein. Ces accidents en effet ne sont pas graves par eux-mêmes, mais ils épuisent le nourrisson et en font une proie facile pour l'infection qui peut éclater d'un moment à l'autre, et, s'ils durent longtemps ils peuvent le conduire à l'athrepsie ou à la cachexie.

Les troubles gastro-intestinaux que nous avons signalés jusqu'ici sont peu graves, et disparaîtront facilement grâce à une réglementation intelligente de l'alimentation; mais dans certains cas, quand le médecin est appelé longtemps après le début, il aura, en outre, à lutter contre des accidents plus graves: vomissements, diarrhée incoercible, prostration, et dans ces cas, aux moyens précédemment indiqués, il devra ajouter les lavages de l'estomac ou de l'intestin, et les injections de sérum artificiel à faible dose, (un ou 2 centimètres cubes de sérum de Chéron dans les 24 heures), pendant qu'il cherchera à faire accepter à l'estomac de très faibles quantités de lait à intervalles très éloignés; quelquefois on s'est bien trouvé de donner aux enfants du lait glacé; c'est dans ces cas qu'il ne faudra pas hésiter à donner une nourrice à l'enfant s'il est au biberon.

Si, dans les cas précédents, le médecin devait surtout chercher dans la réglementation de l'alimentation le remède aux accidents en présence desquels il se trouvait, il n'en est plus de même quand il se trouve en présence d'un cas de gastro-entérite aiguë. Si, en effet, il constate chez le nourrisson une fièvre vive ou bien au contraire une hypothermie très nette avec diarrhée profuse,il devra lutter avec rapidité contre l'infection et l'intoxication dont le petit malade est la proie, sous peine de voir les accidents prendre une tournure des plus graves. Ces cas aigus peuvent éclater d'emblée relevant alors de la contagion, mais plus souvent ils s'observent chez des enfants ayant présenté quelques uns des troubles digestifs que nous avons précédemment signalés, ou bien ils surviennent chez des enfants bien portants mais qui ont été trop nourris et qui sont constipés depuis plusieurs jours.

Les troubles gastro-intestinaux aigus ont été divisés en deux groupes d'après la forme clinique qu'ils revêtent : dans un cas, c'est la gastro-entérite aiguë ou infection gastro-intestinale à forme pyrétique, dans l'autre, c'est le choléra infantile ou infection gastro-intestinale à forme algide. Ces formes aiguës peuvent éclater d'emblée, comme nous l'avons dit, ou succéder aux formes chroniques : de plus la forme algide elle-même peut aussi être spontanée ou succéder à la forme pyrétique. (1).

Dans ces formes aiguës, ce qui domine, c'est l'infection, c'est elle qui menace l'existence de l'enfant : aussi est-ce contre elle que doivent porter tous les efforts du médecin.

Quand le médecin arrive près d'un nourrisson atteint de gastro-entérite aiguë pyrétique, il apprend généralement que l'enfant a été pris brusquement en pleine santé de fièvre, et quelquefois de vomissements; assez souvent il apprend que depuis plusieurs

(1) E. Thiercelin. Thèse 1894. — A. Lesage. Traité des maladies de l'enfance, tome II.

jours l'enfant était constipé, et que la fièvre s'est allumée avant que n'éclate la diarrhée, qui, dans certains cas, n'a pas encore apparu. Le premier soin du médecin sera de tarir la source de l'infection; il devra supprimer toute alimentation, imposer une diète absolue pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures et même plus, si les matières restent putrides. Pendant tout ce temps il ne donnera que de l'eau bouillie ou de l'eau d'Evian ou de Vals, par cuillerée à café, tous les quarts d'heure en cas de vomissements, ou 50 grammes toutes les demi-heures s'ils sont supportés; *il faut remplacer la quantité du lait qu'on ne donne pas par une quantité au moins équivalente d'eau bouillie* (Marfan [1]). Si les vomissements ne cessaient pas, malgré cette diète hydrique, on pratiquera des lavages d'estomac; on administrera un purgatif, huile de ricin, calomel 5, 10, 15 centigrammes suivant l'âge (mais après le 4e mois seulement): on aura recours aux grands lavages de l'intestin trois fois dans les 24 heures avec de l'eau de guimauve fraîchement préparée ou de l'eau bouillie pure ou additionnée de chlorure de sodium à 7 p. 1000. Le ventre sera recouvert de compresses chaudes; on entourera les jambes d'ouate. Si l'hyperthermie devient menaçante on donnera des bains à 28 ou 30° c. deux ou trois fois dans les 24 heures.

Si l'enfant est déprimé et résiste mal, on lui fera prendre de l'eau légèrement additionnée de cognac et l'on pratiquera des injections de sérum artificiel (10 grammes trois fois par jour de solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000). S'il y a menace de collapsus, bains sinapisés, injections d'éther, d'huile camphrée ou de caféine.

On ne devra reprendre l'alimentation que quand les accidents fébriles seront complètement disparus. Il faudra souvent lutter contre l'impatience des familles qui voudraient alimenter l'enfant; on commencera par donner de l'eau de riz, puis de l'eau albumineuse, puis du bouillon de poulet dégraissé : ensuite on permettra de donner le sein de la nourrice mais en très petite quantité d'abord, et si la fièvre reparaissait on cesserait immédiatement, pour reprendre la diète hydrique absolue. Les lavages de l'intestin seront continués pendant plusieurs jours.

Dans la forme algide le traitement sera le même : lavage de l'estomac, à moins que le collapsus ne soit à redouter, lavages de l'intestin avec de l'eau à 34° c., diète hydrique absolue. Dans ces cas on n'emploiera pas le calomel, mais on pourra faire prendre une petite dose d'huile de ricin : on donnera une limonade chlorhydrique ou lactique (1 gr. 50 à 2 gr. d'acide lactique dans les 24 heures), et pour rendre à l'organisme l'eau qu'il a perdue, on aura recours aux injections de sérum artificiel à hautes doses, dans les veines ou dans le tissu cellulaire sous-cutané (40 à 50 cc. de sérum de Hayem toutes les quatre heures). On prescrira du cognac, des vins généreux, du thé; si le refroidissement tend à se reproduire, on enveloppera l'enfant d'ouate, on l'entourera de boules chaudes, on recouvrira l'abdomen de compresses chaudes, et dans ce cas encore on ne pensera à reprendre l'alimentation que quand les accidents d'infection auront complètement cédé.

Cette forme algide est aujourd'hui heureusement très rare, même dans les services hospitaliers où, jadis, elle était si fréquente et si redoutable. Ce fait est dû aux précautions prophylactiques qu'on prend quand on se trouve en présence d'un cas de gastro-entérite aiguë. Il faut savoir, en effet, que cette affection est éminemment contagieuse, et qu'il arrive pour elle ce qui se passe pour les autres maladies infectieuses : le germe virulent s'exalte en passant d'un individu à un autre; l'enfant atteint d'infection gastro-intestinale devra donc être isolé et être tenu aussi proprement que possible.

(1) La diète hydrique dans les gastro-entérites du nourrisson. *Archives de médecine des enfants*. Juillet 1898.

Dans ces derniers temps on a cherché à combattre l'infection gastro-intestinale par l'emploi d'un serum anti-coli, les accidents étant attribués au bactérium-coli commune, et M. le Dr Lesage nous a donné ici-même (1) le résultat des recherches qu'il a entreprises dans ce sens. Malheureusement il n'est pas encore prouvé que ce microbe agisse seul dans ces infections, et les expériences entreprises jusqu'ici ne sont pas suffisamment concluantes.

De l'usage du protargol dans la thérapeutique génito-urinaire

par le Dr Paul Guillon

(*Travail de la Clinique du* Dr Desnos.)

L'introduction du protargol dans la thérapeutique des voies urinaires est très récente, puisque c'est en Janvier 1897 que Neisser, de Breslau, qui le premier l'a employé, a publié les résultats de son application.

Depuis, de nombreux travaux ont paru, tant en France qu'à l'étranger, et chaque semaine en voit surgir de nouveaux; je ne serais guère qualifié pour apporter ma note personnelle, si j'avais dû m'en tenir à mes seules observations; mais grâce à la bienveillance de mon maître le Dr Desnos, qui depuis deux ans m'admet à suivre sa clinique de la rue Malebranche, j'ai pu constater de nombreux faits et acquérir notamment une véritable expérience sur l'emploi du protargol. Le Dr Desnos va du reste, très prochainement, publier un travail sur ce sujet; je me permettrai aujourd'hui, m'appuyant sur quelques cas qui m'appartiennent, de donner sur l'usage du protargol quelques indications qui n'ont pas été suffisamment déterminées, ou n'ont même pas encore été signalées.

Le protargol, protéinate d'argent, est une combinaison d'argent avec des substances protéiques, qui renferme 8,3 % d'argent. Son inventeur, Eichengrün, ne dit pas comment il le prépare. C'est une poudre fine, de couleur jaune un peu foncé, ou plutôt brun clair, comme du tan, de saveur très amère, sans odeur, quoiqu'il s'en dégage des vapeurs âcres qui prennent à la gorge. Il est facilement soluble dans l'eau, jusqu'à près de 50 % ; il est inutile d'employer de l'eau distillée. Ses solutions, qui sont limpides, moussent lorsqu'on les agite, et ont l'aspect de bière plus ou moins foncée, suivant leur titre; il est préférable de les conserver dans des flacons colorés; une douce chaleur (30° ou 35°), ne les coagule pas et ne change pas leur couleur, mais une température élevée et prolongée les noircit.

Les solutions de protargol sont très stables: elles ne donnent de précipité ni avec les alcalis, ni avec les acides étendus, ni avec les sulfures, ni avec les chlorures, ni avec l'albumine, ni avec les anesthésiques tel que la cocaïne.

Ses propriétés microbicides en ont été étudiées, dès 1894, par Benario, de Francfort-sur-le-Mein; d'après lui, le pouvoir bactéricide du protargol se manifesterait lorsqu'il est en proportion de 1 pour 2000 dans les milieux de culture; son action sur les tissus est

(1) M. Lesage. Revue de thérapeutique. Juillet 1898.

pénétrante, plus que celle de tout autre sel d'argent. De plus, grande qualité, il est très peu irritant; celà est indiscutable (Neisser, Darier) ce qui permet de l'employer à des doses relativement élevées et d'en prolonger l'usage, sans occasionner de douleurs.

Il offre encore un autre avantage, tout de pratique celui-là, et sur lequel j'insiste quoiqu'il puisse paraître bien minime; je veux parler des taches que fait le protargol, soit sur les doigts, soit sur le linge. On sait quel est l'ennui du nitrate d'argent, qui laisse des traces indélébiles; différent en cela même du permanganate de potasse, le protargol ne salit pas les doigts, et le blanchissage fait disparaître complètement ses taches sur le linge.

Le protargol a été appliqué au traitement de la blennorrhagie aigüe par Neisser. Je rappelle sommairement sa technique : injections uréthrales faites par le malade lui-même à l'aide d'une seringue de 10 à 15 cc.; solution de protargol, d'abord à 0,25 °/₀, puis rapidement à 0.50 et à 1 °/₀; trois injections par jour, les deux premières de 5 minutes, la troisième de 30 minutes; au bout de peu de jours se contenter de cette dernière, mais continuer 8 jours après la guérison.

C'est là l'ennui de la méthode : souvent les doigts se fatiguent à tenir le méat fermé si longtemps. Neisser l'a signalé: il conseille alors de remplacer l'injection prolongée par une série de 6 injections successives de 5 minutes chacune. J'ai vu dans un cas, où le traitement avait du reste rapidement réussi, survenir un léger œdème de la verge, certainement dû à la constriction ; il disparut vite après quelques bains locaux. Schiff, de Vienne, pour remédier à cet inconvénient, a inventé un petit appareil pour obturer mécaniquement le canal; autour de la canule uréthrale se trouve une petite vésicule en gomme, dilatable, dans laquelle, par un conduit extérieur, on peut insuffler de l'air et placer ainsi une sorte de bouchon dans le méat. Ceci me paraît ressembler singulièrement à un instrument en caoutchouc décrit il y a déjà plusieurs années par Guiard.

Tel est est le traitement de Neisser, qui a été beaucoup appliqué depuis, dans toutes les formes d'uréthrite blennorrhagique, et qui semble avoir donné de forts bons résultats, surtout dans les cas aigus.

On devait chercher à employer la méthode des grands lavages en utilisant le protargol. C'est ce qu'a fait Barlow, de Munich, en 1897, avec des solutions de 1/2000 à 1/1000; puis à Paris, Haïdoutoff, qui dans le service de Balzer, à l'hopital St-Louis, s'est servi tantôt de solutions de protargol à 1/1000, tantôt de solutions de nitrate d'argent de 1/6000 à 1/10000, pour faire des lavages uréthro-vésicaux avec l'appareil de Janet. Quoiqu'il ait obtenu de bons résultats, sa thèse, sérieusement faite, et qui indique un nouvel emploi du protargol, n'est pas très concluante. Le protargol, dit-il, n'est pas supérieur comme antigonococcique au nitrate d'argent; les résultats sont un peu moins rapides avec lui, mais les effets sont moins douloureux; néanmoins, en lavages, le nitrate d'argent convenablement dosé et manié peut donner les mêmes résultats que le protargol. Il me semble qu'il eût été préférable de comparer le protargol au permanganate de potasse.

Noguès a appliqué la méthode de Neisser sur 15 malades, avec 14 guérisons, mais 2 orchites; il n'a fait que peu de grands lavages, sans résultats probants; il termine son travail en disant qu'il fonde de grandes espérances sur l'emploi des instillations, mais sans indiquer le titre de leur solution. Il semble parler d'injections ou de lavages faits à l'aide d'un instillateur plutôt que d'instillations proprement dites, c'est-à-dire solution concentrée en petite quantité.

Barlow a lavé l'urèthre postérieur avec du protargol, de 0.25 à 1 °/₀, à l'aide d'instillateurs en gomme de Guyon ou d'instruments métalliques de Ultzmann. Goldenberg, de New-York, a fait (Janvier 1898), pour les uréthrites postérieures, des instillations avec des

solutions de 0.50 à 1 %; et dans des cas subaigus et chroniques il a introduit dans l'urèthre des bougies enduites d'une pommade à la lanoline avec 10 % de protargol. Enfin Law dit que Hamonic emploie le protargol en instillations à 5 ou à 8 % dans les prostatites chroniques simples.

J'ai employé le traitement de Neisser. J'ai pratiqué les grands lavages forcés avec des solutions de protargol à 1/1000 et même à 2/1000, mais avec une seringue, comme le conseillent Desnos et Guiard, remplaçant ainsi la force aveugle de la pression d'une colonne liquide par la main qui peut apprécier à chaque instant la résistance. J'ai surtout eu l'occasion, d'après la pratique du Dr Desnos, dans des uréthrites chroniques, de faire des instillations; j'emploie la technique classique, et je me sers d'une solution à 10 0/0; au début j'en mets un quart dans la seringue de 4 c.c., et le reste d'eau distillée, puis graduellement moitié, les trois quarts, et enfin la solution pure, employant ainsi le protargol à 2 1/2, 5, 7 1/2 et 10 pour 100. Je fais les instillations tous les deux jours.

J'ai eu aussi l'idée d'user du protargol en LAVAGES VÉSICAUX, après cathétérisme évacuateur, chez un prostatique avec rétention incomplète, distension de la vessie et atonie musculaire très accentuée; la miction ne se faisait que goutte à goutte et avec des efforts terribles, défécation, prolapsus du rectum; quand j'ai pu vider la vessie, elle retenait 600 grammes d'urine très trouble, d'odeur infecte. L'hypertrophie prostatique ne semblait pas assez marquée pour suffire à expliquer les accidents; l'âge du malade, 45 ans, n'était pas celui de la sclérose vésico-prostatique; on avait été obligé de penser à des lésions médullaires, probablement d'ataxie débutant par des troubles urinaires; pas de syphilis. Le pronostic était donc des plus réservés, au moins quant au retour du fonctionnement de la vessie.

Depuis plus de 70 jours je lui fais quotidiennement des lavages vésicaux avec une solution de protargol à 2/1000. L'amélioration est des plus sensibles, quoique deux accès de grippe, qui ont maintenu le malade au lit ou à la chambre plus d'un mois, aient légèrement entravé les progrès. Aujourd'hui la vessie est presque désinfectée complètement; la rétention n'est plus que de 350 à 400 grammes, il y a spontanément un jet même l'après-midi; l'urine, encore un peu trouble, mais sans odeur, ne contient plus de pus. Enfin, ce qui me permet d'espérer encore de l'amélioration, c'est le mode d'écoulement de l'urine pendant le cathétérisme : le malade est toujours dans le décubitus dorsal quand je le sonde; au début l'urine tombait du pavillon goutte à goutte, maintenant elle vient avec un jet assez puissant ; donc le muscle vésical a encore du ressort.

Je ne sais si j'aurai à m'incliner plus tard devant de la paralysie, mais je peux espérer en tous cas pour le moment vaincre l'atonie musculaire. J'ai jusqu'ici, sans provoquer de cystite, employé le liquide froid pour stimuler les parois vésicales, et j'ai toujours injecté assez de solution (de 300 à 150 grammes) pour arriver à mettre le muscle vésical en tension. Il n'y a jamais eu de sensations pénibles ni pendant ni après les séances; c'est je crois un résultat satisfaisant à mettre à l'actif du protargol dans la désinfection de la vessie.

Je doute fort qu'avec tout autre antiseptique, le nitrate d'argent en particulier, j'aie pu employer des solutions aussi fortes, et surtout répéter les lavages tous les jours pendant plus de deux mois sans occasionner jamais aucun de ces phénomènes douloureux si connus que rappelait récemment Noguès dans le *Journal des Praticiens* (1), en conseillant l'ad-

(1) *Journal des Praticiens*, Paris, 2 juillet 1898.

jonction de l'antipyrine au nitrate d'argent dans la vessie. Je crois qu'on obtiendra presque toujours et bien plus facilement le même résultat en employant le protargol seul.

J'ajouterai encore quelques cas personnels d'emploi du protargol.

I. **Uréthrite blennorrhagique subaiguë** datant d'un mois, traitée par le malade lui-même à l'aide de lavages du canal antérieur au permanganate de potasse. Il reste un léger suintement tachant le linge et de nombreux filaments dans l'urine du premier verre. — Quelques gonocoques, même dans les filaments. — Le 16 mars je fais une instillation de protargol à 2 1/2 0/0 ; puis comme le malade habite la province, je lui donne le traitement de Neisser : 3 injections par jour de 0,25 à 1 0/0, les garder progressivement de 5 à 30 minutes, etc... Le 20 mars, quatre jours après, encore un léger suintement et quelques filaments, mais plus de gonocoques dans la sécrétion du canal ; seconde instillation de protargol à 10 0/0. Continuer le traitement de Neisser, ce que le malade fait rigoureusement pendant une semaine encore quoique l'écoulement se soit complètement tari le deuxième jour, c'est-à-dire après six jours de traitement.

Les injections n'ont jamais été douloureuses : le malade a eu la patience de garder chaque jour son injection unique de 30 minutes. J'ai pu constater en avril et en mai que la guérison était radicale.

II. **Uréthrite blennorrhagique chronique.** — Blennorrhagie il y a 8 mois, compliquée d'orchite : une goutte quelquefois le matin et quelques filaments dans les deux verres — gonocoques.

Quatre instillations de protargol, en élevant successivement le titre de 2 1/2, 5, 7 1/2 à 10 0/0. Après la troisième, plus un seul filament, l'examen du râclage du canal est négatif. Le contrôle a été fait encore le mois suivant.

III. **Uréthrite blennorrhagique chronique** ; deux rétrécissements : pénien n° 22, bulbaire n° 18. Première blennorrhagie il y a 12 ans, deuxième il y a 2 ans, avec uréthrorrhagie et cystite ; pas de guérison, toujours goutte le matin. Depuis six mois léger écoulement intermittent, même dans la journée, tachant le linge. Nombreux filaments — gonocoques.

Le 9 mai je commence le traitement : dilatation à l'aide de bougies à bout olivaire de Guyon, puis de cathéters métalliques ; suivie d'instillations au protargol, de 2 1/2 à 10 °/₀.

Au bout de onze séances (Béniqué n° 60) je cesse la dilatation, et je remplace les instillations par des lavages uréthro vésicaux au protargol à 1 puis à 2 pour 1000 (lavages forcés à l'aide d'une seringue de la contenance de 200 c.c.)

Après trois lavages (18 juin) disparition du gonocoque. Je fais encore six séances, tantôt lavages forcés à 2/1000, tantôt instillations à 10 °/₀ ; deux nouveaux examens du râclage du canal et des filaments sont négatifs.

L'écoulement et la goutte matinale ont disparu ; il persiste quelques rares filaments muqueux (29 juin). Le 1er juillet, à la suite d'ingestion de bière, la guérison se confirme.

IV. **Uréthrite blennorrhagique chronique avec persistance du gonocoque depuis quatre ans.** — Première blennorrhagie, il y a quatre ans, suivie d'orchite et de pyélite (?). Le malade a été constamment soigné depuis, et mal soigné, dit-il, en Russie : balsamiques, injections diverses, permanganate de potasse en lavages, instillations de nitrate d'argent, dilatation, traitement hydro-minéral, etc... ; en tous cas, depuis quatre ans, malgré un régime des plus sévères et rigoureusement chaste, l'écoulement n'a jamais cessé : goutte abondante le matin et même l'après-midi, pas de douleurs, pas de troubles de la miction ; — 26 ans, bonne santé générale, quoique de tempérament lymphatique.

Examen, 12 mars 1898 : L'expression amène au méat une grosse goutte purulente crémeuse ; nombreux filaments lourds dans l'urine, surtout du premier verre ; reins ni accessibles, ni douloureux ; région des uretères non sensible ; canal libre ; vessie tolérante mais très atone, force d'expulsion presque nulle ; bosselure très nette de l'épiddyme gauche, suite d'orchite ; prostate normale ; vésicules saines. Sécrétion du canal, gonocoques nombreux ; filaments urinaires, gonocoques appréciables. Dans l'urine, claire, pas trace d'albumine, pas de pus. J'institue comme traitement : lavages forcés au permanganate à 1/4000, suivis d'instillations de protargol : je commence à 2 0/0.

24 mars. Les urines sont troubles, laissent un dépôt abondant, pas d'albumine, pas de pus, mais des sels en excès : carbonates, oxalates... traces d'indican.

31 mars. Après sept lavages au permanganate suivis d'instillations de protargol, dont le titre est arrivé progressivement à 10 0/0, la sécrétion contient encore des gonocoques, mais moins nombreux. Je remplace le permanganate de potasse par une solution de protargol à 2/1000 ; les lavages sont moins douloureux que les précédents.

16 avril. Après sept nouveaux lavages, et quatorze instillations, dans la sécrétion et les filaments on ne trouve plus ni gonocoques, ni diplocoques de la période secondaire de l'uréthrite signalés par Guiard. Je supprime les grands lavages.

26 avril. Dix-huitième instillation. Pas de gonocoques ; la sécrétion persiste, beaucoup plus claire.

5 mai. Vingt-deuxième instillation ; toujours pas de gonocoque. La goutte n'apparaît plus que le matin ; les filaments urinaires sont tout-à-fait modifiés : courts, légers, flottants, difficiles à saisir, se rétractant lorsqu'on les étale sur une lamelle. Je recommence les lavages au protargol, en supprimant les instillations : cinq lavages.

31 mai. Reprise des instillations : quatre, sans lavages, ce qui fait la vingt-sixième. La goutte du matin n'est plus quotidienne : elle est blanche, très liquide, très peu de filaments. Suppression de tout traitement local pendant huit jours ; santal.

9 juin. Même état, vingt-septième instillation.

11 juin. Pas de gonocoque, après absorption de bière et d'alcool.

Enfin, le 16 juin, après trois mois de traitement, nullement douloureux (tous les deux jours seulement), trente instillations de protargol combinées avec dix-neuf lavage uréthro-vésicaux forcés, dont les douze derniers avec une solution de protargol à 2/1000- je considère le malade comme guéri, puisque depuis deux mois une série d'examens minutieux n'a pas révélé la présence de gonocoques. Le léger suintement muqueux qui apparaît de temps à autre le matin n'a plus pour moi grande importance ; il en est de même des très rares filaments de l'urine ; le malade est un lymphatique ; je lui conseille une saison au bord de la mer, persuadé que les derniers vestiges de sa longue infection disparaîtront d'eux-mêmes. Je n'ai pas encore eu de ses nouvelles.

Un traitement d'un mois par le protargol a détruit des gonocoques qui persistaient depuis quatre ans, et avaient résisté à tous les traitements antérieurs.

Pour conclure ce travail, je crois que le protargol, qui est en train de faire ses preuves en oculistique, est appelé à rendre d'infinis services dans la thérapeutique génito-urinaire.

Quel que soit le traitement qu'on veuille employer contre l'uréthrite blennorrhagique à ses différentes périodes : injections (Neisser) ; grands lavages, sans sonde ou avec instruments spéciaux (Barlow, Haïdoutoff) ; instillations (Desnos), on obtiendra sensiblement les mêmes résultats avec le protargol qu'avec le permanganate de potasse ou le nitrate d'ar-

gent; peut-être un peu moins rapidement, mais assurément avec beaucoup moins d'intensité dans les réactions locales : moins de recrudescence de l'écoulement pendant les premières heures, et, point capital, pas de sensation douloureuse pendant et après le traitement. Ceci est surtout à considérer pour les instillations.

Enfin j'ajoute un petit détail qui a bien son importance : pas de taches, ni immédiatement sur les doigts de l'opérateur, ni plus tard sur le linge du malade.

Il ne faut pas oublier néanmoins que, pas plus que les autres substances employées dans le traitement de la blennorrhagie, le protargol ne saurait être un spécifique certain et toujours infaillible; c'est un nouveau médicament à ajouter à ceux qui sont le plus justement réputés.

Je me permets de penser qu'il donnera des résultats peut-être plus constants et plus appréciables encore contre l'infection vésicale chez les prostatiques et les rétrécis.

Communication faite à la Société médicale du VIII^e^ arrondissement, le 4 Juillet 1898.

Bibliographie

A. NEISSER, de Breslau. *Dermatologisches Centralblatt* 1897, n° 1, *in Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie.* Paris, 17 Novembre 1897, n° 11. — *Presse médicale.* Paris 27 Novembre 1897, n° 99.

R. BARLOW, de Munich. *Münchener medicin. Wochenschrift,* 1897, n^os^ 45 et 46.

BENARIO, de Francfort-sur-le-Mein. *Deutsche medicinische Wochenschrift,* 1897 n° 49.

A. DARIER, *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 11 Janvier 1898.
La clinique ophtalmologique. Paris 1898, n° 6.
V. DENEFFE, de Gand. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.* 26 Février 1898. } Ophthalmologie.

FURST, de Berlin. *Fortschritten der Medicin.* 1898, n° 4.

COLOMBINI, de Sienne. *Académie royale des médecins de Sienne.* 26 Février 1898.

R. W. FRANKE. *Die Medicin der Gegenwart.*

ARTHUR STRAUSS. *Monatshefte für praktische Dermatologie.* Hambourg 1898.

GALLENGA, de Rome. *Supplemento al Policlinico.* Rome 1898.

E. SCHIFF, de Vienne. *Klinisch. therap. Wochenschrift.* 1898, p. 470.

MANASSEINE et YAKOVLEF, de Saint-Petersbourg. *Société médicale de Saint-Petersbourg.* 17 Février 1898.

HAIDOUTOFF, thèse de Paris, 4 Mai 1898.

WOOD RUGGLES; WENTSCHER de Eberfeld; GOLDENBERG de New-York; THEODOR MIELHE; in thèse HAIDOUTOFF.

J. BAROZZI. *Presse Médicale.* Paris, 25 Mai 1898, n° 44.

FINGER. *Vratsch* XIX. 1898, n° 17, in *Les nouveaux remèdes.* Paris, 8 Juin 1898, n° 11.

L. LAW citant HAMONIC. *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie.* Paris, 13 Juin 1898, n° 6.

NOGUÈS. *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, Juin 1898, n° 6.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Les produits chimiques secrétés par les bactéries pathogènes, considérés au point de vue de la fièvre typhoïde, par SIDNEY MARTIN. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin 1898, p. 1569). — L'auteur expose la nature et l'action des poisons et produits chimiques secrétés par les bactéries pathogènes et insiste sur ses recherches récentes sur l'action pathogène et la pathologie chimique du bacille typhique et de deux autres bacilles voisins.

Dans ce premier article il donne en détail les méthodes générales de séparation des toxines, et étudie succinctement leurs effets physiologiques et toxiques généraux.

Puis, abordant l'étude du charbon, il rappelle que le premier, il a démontré que le bacille du charbon produit, chez l'animal et dans les cultures artificielles, en milieux contenant des matières protéïques, des albumoses toxiques. Le bacille du charbon est le type des microorganismes qui produisent des toxines en transformant les milieux protéiques dans lesquels ils vivent. Ils ne produisent pas de secrétion en quantité appréciable. En effet, si on fait cultiver du bacille du charbon dans un bouillon de peptone, le liquide de culture débarrassé des microbes par filtration n'est presque pas toxique.

Ce même bacille forme au contraire des albumoses toxiques aux dépens des matières albuminoïdes.

Le bacille du tétanos agit tout différemment; lorsqu'il pousse dans une solution de peptone, il produit des substances très toxiques, ainsi que l'ont démontré divers auteurs : cette substance doit être considérée comme une secrétion du bacille et possède une action physiologique caractéristique, car elle produit les convulsions du tétanos.

Kitasato a pu retrouver une fois cette substance dans le sang du cœur d'un malade mort de tétanos. L'auteur, dans de nombreux cas de tétanos, qu'il a examinés au point de vue chimique n'a pu retrouver ce poison.

Il a extrait de la rate et du sang de malades morts du tétanos des albumoses, en petites quantités, et qui n'ont pas d'autre action que de déterminer un peu de fièvre ; elles n'occasionnent pas de convulsions et n'amènent pas la mort.

L'extrait éthéré de rate tétanique produit des convulsions chez les lapins. Ce fait très important a été nettement établi ; mais S. Martin ne peut se prononcer sur sa signification.

On doit considérer actuellement que le principal poison du tétanos est secreté par le bacille; ce poison injecté dans l'organisme produit, après une certaine incubation, des convulsions.

Le processus de la diphtérie ressemble à celui du tétanos. La secrétion du bacille cultivé sur peptone, ou qui pousse sur la fausse membrane, est identique comme activité toxique.

L'auteur constate, d'accord en cela avec les autres expérimentateurs, qu'on ne peut assimiler l'effet des toxines à celui des poisons cristallisables.

Il insiste sur la faible quantité de toxine nécessaire pour occasionner des effets considérables.

A. CHASSEVANT.

Traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, (*Société de biologie*, 2 juillet 1898), par A. DELÉARDE. — On sait combien est grande parfois la difficulté de provoquer une selle chez les malades atteints de colique saturnine. Les purgatifs les plus énergiques restent sans effets, il faut les répéter plusieurs jours; pendant ce temps, le malade continue à souffrir de douleurs musculaires souvent très violentes et d'une constipation qui entraîne avec elle de l'anorexie et des vomissements.

Il était donc intéressant de trouver un médicament rapide dans son action, constant dans ses résultats et capable de produire à bref délai un flux intestinal et la disparition des douleurs. Le sérum artificiel, d'après ces recherches, semble remplir toutes ces condi-

tions. Avant l'auteur, SAHLI avait essuyé un échec dans un cas de saturnisme chronique, et DESPLATS avait obtenu un succès chez un malade atteint d'encéphalopathie saturnine et à qui il pratiqua une saignée suivie d'une injection de sérum.

Dans neuf cas d'intoxication aiguë par le plomb, se manifestant par les symptômes classiques de la colique saturnine, le sérum artificiel à supprimé la douleur, en moyenne cinq ou six heures après l'injection, et amené une diarrhée le lendemain de l'intervention. Cette débacle intestinale durait deux à trois jours avec trois selles en moyenne par vingt-quatre heures sans l'administration d'aucun autre médicament. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore très rapidement, l'appétit reparait, les vomissements cessent en même temps que les douleurs musculaires, et le pouls, de ralenti qu'il était pendant la crise, redevient normal.

Il est important de noter que la quantité d'urine n'est pas augmentée d'une façon sensible comme celà se passe ordinairement après les injections de sérum artificiel : toute l'action du sérum semble se porter du côté de l'intestin, ce qui, dans le cas présent, ne semble peut être que favorable aux malades.

Les neuf malades, observés par l'auteur, étaient des ouvriers cérusiers (8 fois) et un ouvrier plombier. Tous travaillaient au plomb depuis plusieurs mois à deux ans et quelques-uns d'entre-eux avaient déjà présenté plusieurs fois les accidents de colique saturnine. Cinq étaient fortement touchés : la constipation et les douleurs musculaires s'accompagnaient de céphalée, de vomissements et de névrite périphérique.

Le seul traitement institué consista à injecter sous la peau de l'abdomen 500 cent. cubes de sérum artificiel (formule de HAYEM). Cette dose a toujours été suffisante pour amener la guérison dans les délais indiqués plus haut, sauf dans un cas particulièrement grave où elle a du être portée à un litre, injecté en deux fois à deux jours d'intervalle. Le sérum n'a aucune action sur les paralysies saturnines : il ne supprime que les douleurs musculaires et la constipation ainsi que les symptômes surajoutés qui en découlent, tels que les vomissements et la céphalée. Aucune tentative n'a été suivie d'insuccès et dans tous les cas, le rétablissement complet du malade est survenu plus rapidement qu'avec les anciens modes de traitement.

R. BLONDEL.

Technique des frictions salicylées dans le rhumatisme, par le Dr HUSSON. (*Th. de Nancy.* 1898). — La méthode des frictions salicylées, dans le traitement des différentes affections rhumatismales, s'est rapidement généralisée, surtout après les recherches de MM. Linossier et Lannois de Lyon. Voici la technique conseillée par l'auteur qui est un de leurs élèves.

La pénétration de l'acide salicylique à travers la peau est grandement favorisée lorsqu'il est incorporé a un corps gras et surtout à un corps gras se rapprochant de la matière grasse contenue dans le serum. Pratiquement, il faut surtout employer, selon M. Husson, une pommade salicylée ayant pour excipient principal la lanoline, additionnée si l'on veut d'un peu d'essence de térébenthine. L'onguent sera ainsi peu fluide et remplira les conditions acquises pour le maximum d'efficacité des frictions.

M. Husson emploie la formule suivante :

Acide salicylique finement pulvérisé	10 gr.
Essence de térébenthine.....	10 —
Lanoline.....	80 —

Quant au mode d'emploi de la pommade, voici quelques précautions à prendre. Nettoyer par un savonnage la partie à recouvrir, pour enlever l'enduit sébacé superficiel. La friction doit durer au moins cinq minutes. Il est contre-indiqué de raser les poils au préalable, puisqu'on se priverait ainsi d'un élément important de traction et de tiraillement de la peau. Puis on enveloppera de coton la partie frictionnée afin d'y maintenir une température assez élevée. Les frictions seront renouvelées tous les jours.

Un inconvénient, léger à vrai dire, de la méthode, consiste dans la desquamation de l'épiderme en conséquence de l'action dissolvante exercée par l'acide salicylique sur la couche cornée. Mais cette desquamation n'arrive guère qu'après cinq ou six jours, alors que l'effet thérapeutique est déjà produit. En tout cas, elle n'est point douloureuse et ne doit point nécessiter la suspension du traitement,

R. BLONDEL.

Deux cas de carcinome traités avec succès par le traitement électro-mercurique. (*The Philadelphia Policlinic* 11 juin 1898). — BETTON MASSEY a présenté, à la séance de la Societé médicale de Philadelphie (*11 mai*), un travail concernant 2 cas de carcinome. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 66 ans, atteinte de cancer du sein droit disséminé en sept nodules. La tumeur fut traitée en une seule séance par la cataphorèse au moyen d'électrodes positives en or amalgamées avec du mercure ; une large plaque négative couvrait les reins. La malade étant chloroformée, on fit passer en augmentant pro-

gressivement, un courant électrique qui atteignit 500 m A : Durée de l'opération, 15 minutes.

La malade souffrit énormément pendant 4 heures : la chute des parties nécrosées dura une quinzaine, puis la guérison par granulations de bonne nature s'établit. Depuis ce moment (11 déc. 1897), pas de récidive d'aucune espèce.

Dans le second cas, il s'agissait d'un cancer ulcéré de la glande sublinguale gauche. Application le 28 déc. 1897, sous le chloroforme, d'une large électrode en or sur l'ulcération, sur laquelle on avait auparavant déposé du mercure : 400 m. A, durée 30 minutes.

Au moment du passage du courant, l'odeur infecte qui se dégageait auparavant de l'ulcère disparut pour ne plus revenir : l'escharre se détacha au bout de 15 jours : cessation spontanée au bout de 24 heures des douleurs provoquées par le traitement. Seconde opération moins importante 3 semaines plus tard, intéressant un nodule que la première opération n'avait pas modifiée. Depuis ce jour cicatrisation complète et disparition de la tumeur

L'examen microscopique fut fait dans le premier cas, et négligé par erreur dans le second.

L'auteur, au cours de la discussion qui a suivi la présentation de son travail, a conseillé, lorsqu'il s'agit d'obtenir un effet caustique énergique, de se servir de pôles en zinc additionnés de mercure : si d'un autre côté on tient à la diffusion par cataphorèse des éléments métalliques actifs, le pôle en or avec mercure est préférable.

E. Vogt.

Glycosurie transitoire ayant suivi l'emploi de la somatose chez une nourrice. (*Soc. méd. Hôp.* 17 Juin 1898). — M. Rénon, a employé la somatose chez une nourrice dans le but de ramener la secrétion lactée, ainsi que beaucoup d'auteurs allemands l'ont conseillé. L'effet a été très remarquable, et a même dépassé le but, puisqu'il a produit une glycosurie qui a cessé d'ailleurs immédiatement après la suppression de la somatose.

L'auteur, cherchant à connaître la pathogénie de cette glycosurie se demande si ce n'est pas l'excès de substances protéïques introduites dans l'économie qui s'est transformé en sucre, ou bien si l'excès de lait secrété ne produit pas une trop grande quantité de sucre qui, formée par les seins, n'est pas éliminée. Quoi qu'il en soit il est important de connaître ce fait, car l'apparition du sucre dans les urines de cette personne a coincidé, chez le nourrisson, avec des troubles gastro-intestinaux qui ont été très vraisemblablement sous la dépendance d'une exagération de sucre dans le lait.

E. Thiercelin.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Traitement du charbon. (*Wratsch.* n° 50, 1897). — Lavroff a recours, depuis un certain nombre d'années dans le traitement du charbon, à la potion suivante :

Acide phénique cristallisé.	0,74 centigr.
Alcool	de 4 à 8 gr.
Eau distillée	210 gr.
Julep gommeux.	30 gr.

Deux cuillerées à soupe par jour.

A ce traitement interne exclusivement employé, l'auteur ajoute au début, pour le traitement local, des compresses trempées dans un mélange de sublimé et d'acide phénique. Plus tard, lorsque la température devient normale (au bout de 2 à 3 jours), les compresses sont remplacées par une pommade à l'iodoforme ou à la naphtaline à 3-4 0/0.

Ce traitement a donné des résultats tellement favorables que l'auteur compare l'action de l'acide phénique dans le charbon à celle de la quinine dans la malaria ou du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Quel est le mécanisme de cette action ? L'acide phénique agirait-il comme un antiseptique ? La dose semble trop petite pour l'admettre. Toujours est-il, nous le répétons, que son action est incontestable d'après l'auteur.

Ajoutons que la potion sus-indiquée est très bien supportée.

B. Taft.

Cas de tétanos traité par l'antitoxine. par W. O. Roberts, de Louisville. (*Medicin.*, mars 1898, p. 200). — L'auteur publie un cas de tétanos chez un homme de 48 ans. Le malade entre à l'hôpital 17 jours après l'écrasement du pouce, en état de tétanos actif (8 décembre), on institue une médication antispasmodique : chloral, bromure de potassium ; et ce n'est que le 10 décembre qu'on injecte 30 c. c. de sérum antitoxique. Le malade succombe le 12.

Roberts considère la dose injectée comme insuffisante pour pouvoir dire que le sérum a

été sans effet. Il rapporte une statistique de Lambert qui semble montrer que depuis l'emploi de l'antitoxine tétanique la mortalité par le tétanos est diminuée. La mortalité est plus faible lorsque l'incubation est plus longue, avant l'apparition des accidents.

L'auteur est partisan de l'emploi du serum antitoxique comme mesure préventive dans les cas de plaies suspectes.

A. CHASSEVANT.

Nouvelles recherches sur la théorie de la malaria des moustiques, du chirurgien-major Ronald, par PATRICK MANSON. (*British Med. Journ.* 18 juin, 1898, p. 1575). — L'auteur donne de nouveaux examens de cellules pigmentaires observées dans l'estomac de moustiques qui avaient piqué des personnes atteintes de malaria. Il décrit les phases successives de l'évolution des hématozoaires avec dessins à l'appui, montrant que l'hématozoaire absorbé par l'insecte en même temps que le sang malarique, subit une transformation dans l'estomac, s'y développe en liberté ; puis s'enkyste dans la muqueuse gastrique.

Ces observations très intéressantes, sont des jalons qui permettent de voir l'importance certaine des insectes dans la propagation de la malaria.

A. CHASSEVANT.

Des amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes avec spirilles et bacilles fusiformes de Vincent, par RAOULT et THIRY. (*Soc. franc. de laryngol.*, mai 1898). — Cette forme d'amygdalite est caractérisée par l'existence d'une ulcération ressemblant à un chancre ou à une ulcération tertiaire qui serait recouverte d'une fausse membrane plus ou moins épaisse (Moure).

A l'examen microscopique, les auteurs ont retrouvé dans 5 cas les bacilles fusiformes décrits par Vincent en 1896; dans 4 cas il y avait, en plus, de nombreux spirilles; quant aux streptocoques, pneumocoques, coli bacilles, ils étaient relativement peu nombreux.

Le traitement par les badigeonnages avec de la glycérine à laquelle on ajoutait six gouttes de formaldéhyde pour 20 grammes, a donné les meilleurs résultats.

A. COURTADE.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Effets produits par l'ingestion habituelle d'opium au point de vue de la chirurgie opératoire. (*The Philadelphia Med. Journal*, 26 mars 1898).— KERR, de Canton (Chine) ayant eu l'occasion d'observer beaucoup de cas de traumatismes chez des fumeurs d'opium, constate que l'action toxique de la drogue diminue la résistance au choc et à l'intervention chirurgicale, chez les individus gravement intoxiqués ; dans quelques cas rares, se présentant chez des fumeurs de fraîche date, le malade peut au contraire retirer quelque bénéfice de la diminution d'excitabilité du système nerveux: mais dans la grande majorité des cas, les fumeurs d'opium se trouvent dans de déplorables conditions au point de vue de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien qui a l'occasion de voir beaucoup de fumeurs d'opium, peut arriver assez aisément, dans un cas donné, à formuler un pronostic exact au point de vue de la résistance du malade à opérer.

E. VOGT.

De l'emploi du dermatol dans la pratique chirurgicale. (*Journal russe de Médecine Militaire* nº 2, 1898). — PLIOSCHKOFF a employé le dermatol dans un très grand nombre de cas (environ 6000). Les malades étaient pour la plupart de pauvres ouvriers dont la propreté laissait beaucoup à désirer. Comme moyens désinfectants on se servait de différentes substances antiseptiques, mais toutes les fois qu'on avait besoin d'une poudre, on recourait au dermatol.

Ce dernier était employé aussi bien dans des cas récents, après l'extirpation de tumeurs ou après la suture d'une plaie, que dans les cas où il s'agissait d'ulcères et de plaies en pleine granulation. Le saupoudrement de plaies fraîches ne provoquait aucune complication, ni dans les plaies elles mêmes ni dans les tissus environnants : les plaies restaient sèches, leur secrétion était insignifiante et les bords se cicatrisaient rapidement.

Pendant la cicatrisation par deuxième intention, les granulations torpides, sanguinolentes, prenaient sous l'influence du dermatol un aspect sain.

Dans le traitement d'ulcères de la jambe, l'auteur avait recours au pansement d'Unna en le faisant précéder d'un saupoudrement des

ulcères avec du dermatol. Le pansement est laissé en place pendant une ou deux semaines, le malade reste debout et peut continuer à vaquer à ses occupations. Grâce à ce traitement, des ulcères ayant de 8 à 9 centimètres se cicatrisent rapidement.

En outre, l'auteur à pu constater que le dermatol diminue sensiblement l'hémorrhagie des plaies fraîches, de sorte qu'il remplace parfaitement l'iodoforme sur lequel il possède encore quelques avantages.

B. TAFT.

Traitement des abcès froids par la glycérine créosotée. (*Nouv. Montpellier médical.* 3 Juillet 1898). — M. ESTOR à communiqué à la Société des Sc. médic. de Montpellier une intéressante observation d'un malade qui, depuis l'âge de 4 ans, où il avait reçu un coup de couteau sur la première phalange du médius droit, présentait une suppuration intarissable malgré les diverses méthodes thérapeutiques auxquelles on avait eu recours pour le guérir. Bains de mer et de Balaruc, préparations iodées, huile de foie de morue ont été employés, puis injections de chlorure de zinc, traitements renouvelés plusieurs années à Balaruc sans autre succès. Le malade actuellement a 29 ans. M. Estor enlève le médius et le tiers antérieur du métacarpien avec abrasion des fongosités, mais la suppuration récidive avec de nouveaux trajets fistuleux. M. Estor essaie alors les injections de glycérine créosotée au tiers. Ces injections étaient pratiquées dans le trajet fistuleux à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique. Quelques mois après, guérison complète : la suppuration est tarie, les fongosités disparues, les trajets bien cicatrisés. Depuis plus de 6 mois, ce résultat est confirmé.

Il était utile de faire connaître un tel bénéfice ainsi obtenu par un agent thérapeutique non pas toxique, qui a pu réussir là ou tant d'autres moyens avaient échoué.

R. BLONDEL.

De l'eucaïne dans la chirurgie dentaire, (*Chirurgie russe*, nº 2, 1898). — ZALOGUE estime que les inconvénients de l'eucaïne au point de vue clinique n'ont qu'une importance relative si l'on tient compte, d'un côté, de ses avantages et, de l'autre, des inconvénients de la cocaïne, C'est pour cette raison qu'il préfère l'eucaïne à la cocaïne dans les opérations dentaires.

Son expérience porte sur 745 malades: 205 sans anesthésie ; avec anesthésie à la cocaïne (une seringue de Pravaz de solution à 5 0/0) chez 220, et avec anesthésie à l'eucaïne chez 320.

Les phénomènes nerveux généraux se sont produits à la suite de l'extraction : chez 15 malades sans anesthésie (7, 3 0/0) sous forme de léger vertige ; avec l'anesthésie à la cocaïne chez 103 (46,8) les phénomènes allant d'un simple vertige jusqu'au tableau d'intoxication complète; avec l'anesthésie à l'eucaïne chez 8 (2, 5 0/0) vertige léger.

Ces chiffres sont suffisamment éloquents pour montrer la supériorité de l'eucaïne sur la cocaïne.

L'injection d'eucaïne était faite ordinairement par quatre piqûres profondes dans la gencive et par deux piqûres sur les deux côtés de la dent.

Une tuméfaction au lieu d'injection ne s'observait pas toujours ; en tout cas il ne s'agit là que d'une simple incommodité, car la tumeur n'est pas douloureuse.

Ce n'est que dans les cas où il y avait une périostite aiguë ou des gencives malades que l'eucaïne provoquait une douleur légère et passagère.

L'hémorrhagie, à la suite de l'extraction, s'arrête ordinairement au bout de 10 à 15 minutes, et ce n'est que dans des cas rares qu'on est obligé de recourir au tamponnement, Quant à la concentration de la solution. il faut, pour obtenir l'anesthésie que donne une solution de cocaïne à 2 0/0, employer une solution d'eucaïne à 5 0/0.

B. TAFT.

De l'anesthésie générale. — Emploi d'un mélange composé de 2 parties de chloroforme et 1 d'éther (C_2 E). (*Nouv. Montpellier méd.*, 3 juillet 1898). — M. FUSTER, se basant sur 1500 observations personnelles, fait une étude critique comparative du chloroforme et de l'éther employés comme anesthésiques.

Il montre que les avantages attribués à l'éther sont plus ou moins contestables. — Il insiste sur les syncopes tertiaires ou par intoxication qui, d'après les auteurs, se produisent avec l'éther. — Des cas de mort, mis sur le compte du schock opératoire, trouveraient peut-être une explication plus rationnelle si on faisait intervenir l'action prolongée de l'éther. Les statistiques seraient alors sensiblement modifiées. — Il était intéressant d'attirer l'attention sur ce point encore à éclaircir.

M. Fuster a employé, à la clinique de M. le professeur Tédenat, l'éther, le chloroforme, le mélange A, C, E (1 d'alcool, 2 de chloroforme, 3 d'éther) et en définitive il s'est ar-

rêté à un mélange plus actif composé de 2 parties de chloroforme et d'une partie d'éther. Les résultats jusqu'à ce jour ont été excellents dans tous les cas.

M. Fuster décrit la technique détaillée de l'anesthésie et essaye de démontrer que le mélange C^2,E réunit les avantages de l'éther et du chloroforme sans en avoir les inconvénients.

Il pense qu'il est plus logique de se servir d'un médicament puissant, donné goutte à goutte, que d'un agent comme l'éther, qui passe pour être à peu près sans dangers. — On usera du premier avec prudence quoique sans crainte ; on risque fort d'abuser souvent du second.

R. BLONDEL.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

De l'ulcère hémorrhagique de l'estomac et de son traitement chirurgical, par SAVARIAUD. (*Thèse de Paris*, Février 1898). — Les hémorrhagies, au cours de l'ulcère de l'estomac, existent dans ces 4/5 des cas, d'après Lebert. Lorsque ces hémorrhagies constituent le principal symptôme de la maladie, l'ulcère mérite le nom d'hémorrhagique.

Il est des hémorrhagies foudroyantes qui déterminent la mort en quelques minutes; elles peuvent rester internes ou déterminer une hématémèse; cette forme cause la mort dans 5 p. 100 des cas (Brinton).

Dans un second groupe on peut ranger l'hémorrhagie de moyenne intensité, dont le malade se remet rapidement lorsquelle est unique, mais qui, par sa répétition, peut entraîner la mort en un espace de temps qui varie de quelques heures à plusieurs semaines. En une seule fois le malade vomit une quantité de sang qui varie de 500 gr. à un litre, quelquefois plus.

Lorsque ces hémorrhagies se répètent, les malades tombent rapidement dans un état de faiblesse tel, que le moindre changement de position amène une syncope. Par contre, si l'hémorrhagie ne se répète qu'un petit nombre de fois et à quelques jours d'intervalles, le malade ne semble pas très affecté; il reprend rapidement le sang perdu. Souvent même l'hémorrhagie inaugure une longue période d'accalmie.

Dans une troisième forme, il s'agit d'hémorrhagies de petite quantité, mais dont le principal caractère est une désespérante ténacité. Ces hémorrhagies amènent une anémie chronique.

Il y a donc trois formes d'hémorrhagies: la forme foudroyante, la forme aiguë qui peut guérir, mais qui entraîne fréquemment la mort, et enfin la forme chronique qui entraîne la cachexie du malade.

Les trois ordres de vaisseaux sanguins, artères, veines capillaires, peuvent donner lieu à des hémorrhagies mortelles, mais la cause habituelle réside dans l'ouverture d'une artère.

Il n'y a aucune relation constante entre le calibre du vaisseau et la forme de l'hémorrhagie; la coagulation du sang dans le vaisseau ulcéré, telles est la grande cause qui produit les résultats inattendus.

Les hémorrhagies peuvent survenir non seulement dans l'ulcère rond de Cruveilhier, mais encore dans la gastrite éthylique, dans les érosions hémorrhagiques de l'anémie, l'athrepsie, la tuberculose pulmonaire, les affections mitrales, enfin dans l'exulcération simplex décrite par M. Dieulafoy et qui d'ailleur, pour cet auteur, serait le premier stade de l'ulcère.

La mortalité par hémorrhagie varie entre 1 et 11 p. 100 et la moyenne est de 5 p. 100.

C'est Mikulicz qui le premier est intervenu pour une hémorrhagie. Leube, Mikulicz, (Congrès des Chirurgiens allemands 1897) font une distinction très nette entre les hémorrhagies profuses qui mettent rapidement la vie du malade en danger, et les hémorrhagies petites mais répétées, qui entraînent l'anémie et l'épuisement du malade.

Dans les hémorrhagies aiguës Leube considère l'indication opératoire comme discutable. Mikulicz est du même avis; en effet, ou bien ces hémorrhagies tuent rapidement, ou bien elles s'arrêtent sous l'influence du traitement médical (Leube n'a perdu par hémorrhagie que 1 p. 100 de ses malades). D'ailleurs on ne trouve pas toujours l'ulcère et quand on le trouve, on ne peut généralement pas l'exciser; on est réduit à le cautériser.

Par contre, dans les hématémèses chroniques, petites mais désespérantes par leur enacité, Leube et Mikulicz se montrent tout à fait favorables à l'intervention, parce que ces hémorrhagies sont habituellement rebelles au traitement médical.

M. Dieulafoy, plus audacieux, n'hésite pas à conseiller l'opération dans les grandes hémorrhagies, du moins dans celles qui sont dues à l'exulcération simplex. M. Hayem, par contre, repousse toute opération.

Hémorrhagies aiguës, — Il est certain que la plupart des grandes hémorrhagies s'arrêtent sous l'influence du traitement médical; l'anémie post-hémorrhagique disparaît rapidement et souvent l'hémorrhagie marque une longue période d'accalmie; quelquefois, cette accalmie aboutit à la réparation et à la guérison durable de l'ulcère.

L'intervention dans les grandes hémorrhagies est d'ailleurs très grave (sur 25 cas 10 morts et 5 guérisons, soit 66, 6 p. 100 de mortalité). Dans 5 de ces cas on ne parvint pas à découvrir l'ulcère, enfin on ne put exciser l'ulcère que 2 fois et 1 fois on dut réséquer le pylore pour enlever l'ulcère.

Dans les autres cas, on se contente de cautériser la lésion. Il est juste d'ajouter que dans aucun des cas où la cautérisation fut pratiquée, on ne vit se reproduire l'hémorrhagie.

La plupart des morts sont imputables au retard qu'on à apporté a l'opération; presque tous les cas sont dus au collapsus.

Existe-il un critérium qui puisse montrer à temps au médecin, si l'hémorrhagie peut guérir radicalement ou si le malade est voué à une mort certaine ?

M. Dieulafoy suppose que chez un malade qui vomit une petite quantité de sang à la fois (50 — 200 gr.) on peut supposer que l'artériole ouverte est de très petite dimension; que chez un malade au contraire qui vomit d'un seul coup, un demi-litre, un litre de sang, surtout si les hémorrhagies se répètent une deuxième, une troisième fois, en 24 heures, ce malade succombera presque fatalement, à moins d'être opéré.

En réalité la quantité rendue en une seule fois dépend moins du calibre du vaisseau, que de la rapidité avec laquelle se forme le caillot obturateur. D'ailleurs il est bien rare qu'on soit témoin de l'hématémèse et qu'on puisse apprécier exactement la quantité de sang rendue.

Il faut tenir compte d'autre part de l'état antérieur du malade ; chez les chlorotiques, les rétrécis du pylore, les ulcéreux affaiblis par des hémorrhagies antérieures, une perte de sang notable est moins bien supportée que par un sujet sain.

Avant de tenter une opération il faut soumettre le malade à une diète absolue, et fournir à l'organisme l'eau qui lui est nécessaire. soit par la voie rectale, soit par la voie sous-cutanée (injection de sérum artificiel) ; lui faire enfin respirer de l'oxygène.

La seule contre-indication absolue à une intervention est l'anémie hémorrhagique portée à l'extrême; sur 15 cas opérés pour hémorrhagies aiguës, deux fois la mort est survenue ainsi qu'il a été dit, et presque toujours l'ulcère a échappé aux opérateurs. En ce qui concerne les causes de mort, deux fois il y avait un début de péritonite, deux fois l'hémorrhagie s'est reproduite; la mort dans les autres cas a été attribuée au collapsus ou à l'épuisement. Il ressort des observations qu'il y a de grandes difficultés à trouver les ulcères quand ils sont petits ou cachés, à faire l'hémostase dans les ulcères qui se creusent dans le pancréas, enfin qu'il y a danger d'inoculer le péritoine.

Les procédés d'hémostase peuvent être rangés sous deux chefs ; *a*) excision, cautérisation, grattage suivi de suture, ligature dans la plaie de l'artère lésée ; *b*) la ligature à distance.

Excision. — L'excision d'un ulcère de la paroi antérieure est facile, s'il n'y a pas d'adhérence au foie ; il en est de même de l'excision de l'ulcère de la face postérieure, si cet ulcère n'est pas perforant et n'adhère pas en arrière. Si l'ulcère siège au pylore, il faut pratiquer soit la résection partielle, soit la résection totale du pylore ; mais cette dernière opération est dangereuse, surtont lorsque l'ulcère se creuse dans le pancréas.

Cautérisation. — Est un bon procédé pour arrêter une hémorrhagie modérée produite par une artériole ou une veinule, mais il ne saurait en être de même lorsqu'il s'agit d'un vaisseau d'un certain volume. Elle sera réservée aux ulcères qui se creusent profondément dans le pancréas.

La cautérisation détermine une eschare; aussi ne doit-on pas l'employer sur une paroi de l'estomac libre d'adhérences ; on s'exposerait à voir l'estomac se perforer lors de la chute de l'eschare.

Grattage suivi de suture. Ligature du vaisseau dans la plaie. — Convient à un grand nombre de cas, mais surtout aux ulcères peu profonds. Dans ce cas, après avoir raclé le fond de l'ulcère, réséqué ses bords et les avoir décollés dans une certaine étendue, on pourra en pratiquer la suture et faire disparaître la perte de substance.

Ligature prenant la muqueuse et les points saignants. — Ce procédé très simple et très rapide est le meilleur, lorsqu'il s'agit d'ulcérations cupuliformes ou d'érosions hémorrhagiques bien limitées, ayant ouvert une petite artère.

Ligature à distance. — Procédé employé deux fois avec succès par Roux, de Lausanne; il convient aux cas où les patients sont très affaiblis et ne peuvent supporter l'excision. On pourrait pratiquer la ligature des artères

de la grande et petite courbure sur les sujets dont on n'aurait pas trouvé l'artère.

(Pour la technique de l'opération que nous ne pouvons résumer, consulter la thèse).

Hémorrhagies chroniques. — Les hémorrhagies chroniques sont constituées par des hémorrhagies petites, mais désespérantes par leur ténacité. Elles se font sans doute en nappe ou par des artérioles minuscules à la surface de l'ulcère: elles sont souvent provoquées par l'ingestion des aliments, à tel point que la moindre gorgée de lait est suivie d'un vomissement sanglant.

Ces hémorrhagies continuelles entraînent le dépérissement rapide du malade, par l'anémie qu'elles déterminent et aussi par l'obstacle qu'elles apportent à l'alimentation. Leube a déclaré, au dernier congrès des chirurgiens allemands que, dans la plupart des cas, le traitement médical le mieux suivi était inefficace contre les hémorrhagies chroniques. Aussi pour lui, comme pour Mikulicz, l'indication opératoire est-elle formelle, surtout lorsqu'il y a en même temps gastrectasie.

La gastro-entérostomie, suivant Doyen, amène la suppression de ces hémorrhagies et la guérison de l'ulcère (Doyen et Carle, 8 observations). Mikulicz attribue les mêmes effets à la pyloroplastie.

Le mode d'intervention doit dépendre du siège de l'ulcère. L'ulcère siège-t-il sur les faces et les courbures? Le traitement de choix doit être la résection. Siège-t-il dans le canal pylorique, au pylore ou dans la première partie du duodenum, il suffira de pratiquer la gastro-entérostomie.

On pourra d'ailleurs agir directement sur l'ulcère, par des cautérisations ou par le grattage, s il est facile à atteindre par l'orifice de la gastro-entérostomie (Küster).

Mikulicz préfère la pyloroplastie à la gastro-entérostomie; sa mortalité ne serait que de 13,2 p. 100, tandis que la gastro-entérostomie donnerait dans les mêmes conditions 16,2 p. 100.

En France on pratique la gastro-entérostomie qui se prête mieux à tous les cas. (les adhérences qui sont une contre-indication à la pyloroplastie, sont fréquentes autour du pylore, tandis qu'elles sont très rares au niveau de la grande courbure où se pratique la gastro-entérostomie).

Quant à la résection du pylore, elle donne encore 27,8 p. 100 de mortalité (Mikulicz).

Elle sera indiquée cependant, si on soupçonne une dégénérescence cancéreuse de l'ulcère.

G. Lyon.

Occlusion intestinale par lombrics, par M. A. Rocheblave, de Valence. (*Gazette des hôpitaux*, 18 juin 1898). — L'auteur relate le cas suivant, d'un sérieux intérêt pratique : fillette de 9 ans présentant des signes d'obstruction aiguë menaçants. Malgré un détestable milieu opératoire, la laparotomie fut exécutée très aseptiquement. Elle permit de trouver sur le colon transverse un bouchon formé par des lombrics enroulés. Le massage à travers les parois intestinales permit de les séparer et de les faire progresser. Le ventre fut refermé. Guérison presque immédiate. Trois jours après, le calomel et la santonine associés permettaient d'obtenir l'expulsion de trois gros lombrics. Au 5e jour, l'enfant pouvait se lever: au 8e, la réunion par première intention était complète. Cette opération prouve que les lombrics, à l'encontre de l'opinion de beaucoup de médecins, peuvent occasionner des accidents qui menacent la vie et que d'autre part, la laparotomie faite dans ces conditions favorables est bien différente de celles que l'on fait sur des sujets affaiblis par les traitements médicaux prolongés. C'est proprement une opération entièrement inoffensive, facile à exécuter par tout praticien et dans tous les milieux, lorsqu'il ne s'agit de rien moins que de l'unique moyen de sauver son malade. Nous nous permettrons seulement, si l'on veut être plus prudent, de recommander un décubitus horizontal plus prolongé à la suite de cette opération. (dix ou douze jours sont indispensables, quelque soignées qu'aient été les sutures).

Aug. Benoit.

Un cas d'entérite streptococcique aiguë, par Pakes et Washbourn. (*Brit. med. Journ.*, 18 juin 1898, p. 1,578). — Un homme voyageant d'Ecosse à Londres en chemin de fer est pris en route de douleurs abdominales. 15 heures après les premiers symptômes la diarrhée et les vomissements surviennent. Vu par le Dr Jewell 24 heures après les premières atteintes de son mal il se trouvait déjà dans le collapsus.

Malgré des soins intelligents, injections de morphine, strychnine, digitale et oxygène. Le malade succomba 30 heures après les premières douleurs.

A l'autopsie on trouva un épanchement péritonéal trouble. L'examen bactériologique a montré la présence de streptocoques pyogènes.

Les symptômes observés étaient ceux d'un empoisonnement par ptomaïnes. L'examen bactériologique a permis de démontrer l'existence d'une infection streptococcique des parois du jejunum.

A. Chassevant.

Traitement chirurgical des pancréatites suppurées et gangréneuses, par PAGE. (*Thèse de Paris*, mars 1898). — C'est tout récemment, en 1894, que Kœrte, au Congrès de chirurgie de Berlin, a réclamé pour la pancréatite l'intervention chirurgicale; les cas opérés auparavant, l'avaient été par suite d'erreurs de diagnostic.

Les pancréatites peuvent survenir chez des malades déjà atteints d'une affection des voies digestives, de syphilis, d'alcoolisme, etc., ou bien au milieu de la santé la plus parfaite.

On a rencontré divers microbes, notamment le colibacille, mais il n'y a pas de microbe spécifique.

Les voies de pénétration des microbes sont la voie sanguine (c'est par cette voie que s'infecte le pancréas dans les maladies infectieuses générales : pyohémie, fièvre typhoïde, variole, pneumonie, etc.), la voie périphérique, la voie du canal excréteur. Ce dernier mode d'infection est de beaucoup le plus fréquent. L'infection a pour point de départ le duodénum et reconnaît pour cause la gastro-entérite, les intoxications alimentaire, mercurielle, la lithiase biliaire.

On peut distinguer 3 formes : aiguë, subaiguë, chronique : dans la forme aiguë les trois symptômes cardinaux sont : la douleur, les vomissements, la constipation. C'est la douleur qui ouvre la scène : brusque, déchirante, syncopale, localisée nettement sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Les vomissements sont très violents, absolument incoercibles; ils sont habituellement verts. La constipation dans la plupart des cas est absolue, opiniâtre; elle résiste à tous les lavements, à tous les purgatifs. Le malade a le faciès péritonéal: dans la plupart des cas, le collapsus est très marqué, le pouls petit, rapide, les extrémités sont refroidies. La fièvre est fréquente, non constante.

Le ventre est habituellement ballonné; quelquefois il y a une voussure spéciale à l'épigastre; la palpation provoque à ce niveau une vive douleur.

La mort peut survenir au milieu de ces symptômes en deux ou trois jours.

Dans la forme subaiguë le collapsus est moins marqué; les symptômes peuvent s'amender, puis reparaître avec leur intensité première. Ce qui domine toujours, c'est l'amaigrissement et l'asthénie progressive.

L'ictère existe dans la moitié des cas; l'ascite et l'œdème des membres inférieurs ont été signalés plusieurs fois.

La mort peut survenir au bout de 15 jours, de un ou plusieurs mois.

La forme chronique débute par une faiblesse et un amaigrissement progressif. Le malade perd l'appétit. La diarrhée n'est pas rare. Le plus souvent il y a une douleur sourde dans la partie supérieure de l'abdomen. Finalement surviennent de l'anasarque et de l'ascite et la mort arrive par affaiblissement progressif, vers le cinquième ou le sixième mois; les cas les plus chroniques peuvent atteindre une durée de un an. La tumeur est souvent perceptible : tuméfaction épigastrique médiane se prolongeant à gauche sous le rebord costal, derrière l'estomac; tuméfaction allant de l'épigastre à la rate juste au-dessous du rebord des fausses côtes — c'est la collection rétro-péritonéale, collection s'étendant vers le rein.

La guérison est possible à la première période; mais la mort est la terminaison fatale de la pancréatite suppurée ou gangréneuse abandonnée à elle-même.

Le diagnostic est fort difficile; un grand pas sera fait quand, en présence d'un syndrome de péritonite sus-ombilicale, on songera un peu plus à la possibilité d'une pancréatite.

Quand la lésion est limitée au pancréas, on doit s'abstenir de toute intervention.

Quand il y a une collection péri-pancréatique, on doit intervenir. Sur 12 cas opérés jusqu'ici 4 appartiennent à Kœrte.

Huit fois on a suivi la voie transpéritonéale.

Pour les abcès de l'arrière-cavité des épiploons on fait de préférence une laparotomie médiane, ou bien sur la partie saillante de la tuméfaction. L'épiploon gastro-colique mis à nu, on protège la cavité abdominale par des compresses ; il est prudent alors de faire une ponction exploratrice; on suture ensuite l'épiploon ou péritoine pariétal. Quand la cavité péritonéale est mise complètement à l'abri, on perfore l'épiploon avec un instrument à pointe mousse, des ciseaux fermés, par exemple,, qui ouverts au retour, servent à élargir l'ouverture. Le mieux est alors de laver, drainer et tamponner la cavité, sans aller à la recherche du pancréas ou de débris qui s'élimineront seuls dans la suite.

Koerte est le seul qui ait suivi la voie lombaire dans trois cas sur quatre. C'est la meilleure pour les collections rétro-péritonéales ne communiquant pas avec l'arrière-cavité des épiploons; elle a l'avantage d'être extra-péritonéale, mais le désavantage d'être très éloignée du point d'origine de la collection et de ne pas ouvrir assez largement la partie péri-pancréatique.

La voie transpleurale a été suivie dans un cas par M. Guinard.

Sur 12 opérations il y a six morts. Deux fois la mort est survenue le jour même de l'opération. Dans trois cas elle est due à la continuation des symptômes, et les opérés sont morts au bout de trois jours, huit jours, deux mois. Enfin, dans le cas de Frœnckel, du pus s'était écoulé dans le péritoine pendant l'opération, l'opéré mourut le septième jour de péritonite généralisée.

Chez les malades guéris une fistule a persisté pendant un temps plus ou moins long.

G. LYON.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement des maladies du cœur par les agents physiques, par PIATOT. (*Thèse de Paris* 1898). — *Eaux minérales.* — Le traitement des cardiopathies par les eaux minérales a fait récemment l'objet d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels il faut particulièrement citer ceux des frères Schott qui ont préconisé l'emploi des bains chlorurés sodiques et notamment des eaux de Nauheim.

Par contre, à la Société britannique de balnéologie et de climatologie (26 janvier et 2 mars) des voix autorisées se sont élevées contre la prétendue spécialisation de Nauheim et le Dr Samson a déclaré que « toute eau thermale peut agir aussi bien que l'eau saline et gazeuse. »

En France, les principales stations chlorurées sodiques sont : Bourbonne (Haute-Marne), Balaruc (Hérault), Bourbon-l'Archambaud (Allier), La Motte (Isère), Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire). Cette dernière possède des eaux chlorurées faibles (1 gr. 3 de chlorure de sodium) et d'une thermalité variant de 48 à 56°.

Ces eaux s'administrent en bains. En raison de la stimulation qu'elles donnent à la circulation, et en particulier à la circulation abdominale, on ne doit employer chez les cardiaques au début que des demi-bains ou des bains faibles. A Nauheim, on commence par des bains salés non gazeux (on laisse s'échapper l'acide carbonique) et on dilue l'eau avec parties égales d'eau douce.

La durée du bain n'est d'abord que de cinq a dix minutes à la température de 27° Réaumur (35° centigrades). Peu à peu on augmente la concentration et le malade entre dans le bain avant que l'acide carbonique s'en soit échappé.

Au commencement de la cure, les bains ne peuvent être pris tous les jours; on ordonne un jour de repos après deux ou trois bains; on arrive peu à peu à des bains quotidiens, sauf un jour par semaine.

D'après les indications même de Schott, on peut se servir de bains salés artificiels; il suffit d'ajouter 2 kilog. 500 de sel marin à un bain d'environ 250 litres d'eau pour le convertir en bain chloruré sodique de 1 p. 100 de concentration.

A Bourbon-Lancy, le Dr de Bosia prescrit tous les jours des bains de 32° et 38° d'une durée de 15 à 30 minutes. Malgré la faible minéralisation de l'eau des sources Desunes et du Lymbe, on voit cependant survenir de temps à autre chez des malades impressionnables et nerveux des accès dyspnéiques et des palpitations, des lourdeurs de tête avec vertiges.

Le Dr de Bosia prescrit, en outre, la douche en pluie ou en lames sur les membres à la température de 32 à 40° dont la durée varie de 2 à 4 minutes et pendant le bain une douche donnée sous l'eau à travers une couche liquide variable.

La cure thermale ne guérit pas la lésion; elle agit : 1° sur la circulation périphérique, 2° sur la nutrition.

Sur la circulation les eaux agissent par leur thermalité, leur constitution et la présence d'acide carbonique. Beneke a constaté que le pouls se ralentit sous l'influence des bains salés et gazeux. Au lieu de considérer les bains comme un calmant du cœur, Schott les considère, au contraire, comme un excitant de la circulation qui, à son tour, retentit sur la fibre cardiaque.

C'est en augmentant l'élasticité et la tonicité des petits vaisseaux que ces bains ont une action dérivative et révulsive sur la circulation des organes profonds.

C'est aussi par leur action thermale sur les nerfs périphériques et sur les nerfs vaso-moteurs qu'ils agissent, et on peut, suivant la température de ces bains, modifier la fréquence des contractions du cœur, la pression du sang et l'élasticité des vaisseaux. Constantin Paul était d'avis que l'eau agit non par sa composition chimique, mais surtout par sa température.

A côté de l'influence de la thermalité, il y a celle de l'acide carbonique que renferme l'eau thermale. Il excite la peau, détermine une exhalation abondante de sueur, augmente la sécrétion urinaire.

Sur la nutrition, la cure thermale produit des effets éloignés persistants.

L'eau peut être employée chez les cardiaques artério-scléreux; ce sont les eaux diurétiques de Vittel, Martigny, Contrexéville et Saint-Nectaire qui conviennent en pareil cas. On peut aussi employer chez les dyspeptiques cardiaques de petites doses d'eau de Vichy.

On peut employer le traitement thermal à la première période des cardiopathies valvulaires, avant l'apparition de tout œdème.

Dans les cardiopathies artérielles les bains salés sont contre-indiqués; on doit se contenter d'administrer l'eau en boisson.

C'est, à vrai dire, surtout dans les troubles fonctionnels du cœur que le traitement thermal donne les meilleurs effets, chez les malades neurasthéniques, dyspeptiques atteints de fausse angine de poitrine, de palpitations, d'arythmie (non myocardique).

Les observations de Schott relatives à des guérisons d'endocardites sont sujettes à caution; il en est de même d'observations analogues dues à d'autres auteurs.

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie, sous forme de douches froides, est absolument contre-indiquée dans les maladies valvulaires à la période d'asystolie confirmée et dans les cardiopathies artérielles avec symptômes angineux ou dyspnéiques. Cependant Peter conseillait les lotions froides faites d'abord avec l'éponge imbibée et non ruisselante sur la partie antérieure du corps, moins impressionnable que la postérieure.

Climat. — Les cardiaques doivent être envoyés à de faibles altitudes (300 à 400 mètres), car l'abaissement exagéré de la pression atmosphérique peut leur être funeste.

Les brusques variations de température sont également pernicieuses.

Le climat maritime est préjudiciable aux cardiopathes artériels; toutefois il peut être permis aux cardiopathies valvulaires bien compensées.

Régime alimentaire. — Le régime a un rôle dans le traitement curatif des affections cardiaques.

Le lait, employé depuis fort longtemps dans les affections cardiaques, est considéré comme un agent thérapeutique depuis le travail de Pécholier (1866). Très facilement et rapidement digéré, le lait introduit le minimum de toxines alimentaires dans le corps, laisse un résidu peu abondant, réalise l'asepsie du tube digestif (Gilbert et Dominici), favorise à un haut degré la diurèse. Chez les malades atteints d'artério-sclérose et présentant la dyspnée toxi-alimentaire d'Huchard causée surtout par l'alimentation carnée, le régime lacté est particulièrement indiqué. Lorsqu'il doit être exclusif, on prescrit 3 litres à 3 litres et demi de lait par jour (tiède, chaud ou froid) qui seront pris à raison de 300 gr. toutes les deux heures environ.

S'il y a intolérance buccale, on le coupe d'eau de Vichy (Célestins), de Vals. d'Alet ou d'Evian; on peut aussi l'additionner d'une cuillerée à bouche de café infusé, de thé ou de quelques gouttes de rhum, de kirsch, d'anisette, de cognac, ou l'aromatiser avec une ou deux gouttes d'essence de menthe, de vanille, etc.

Si l'intolérance est stomacale, on prescrit de temps à autre un purgatif; on excite la sécrétion du suc gastrique par des alcalins (0 gr. 50 de bic. n. avant chaque tasse de lait). M. Potain conseille la pancréatine en pilules ou cachets de 0 gr. 10 après chaque tasse. Enfin on peut remplacer le lait de vache par du lait d'ânesse ou par du képhir nº 2.

Dans le cas d'intolérance intestinale (diarrhée), on prescrira la limonade lactique, le sous-nitrate de bismuth. Si le lait constipe au contraire, on emploiera la magnésie, le soufre, les lavements purs ou glycérinés.

Après 10 à 15 jours de régime lacté exclusif on en vient à l'alimentation mixte. Dans es cardiopathies artérielles, le lait et le laitage continuent à former la base de l'alimentation.

On permet, en outre, le riz au lait, les crèmes, les fromage frais, les œufs, les poissons frais (à intervalles espacés), les farineux bien cuits et réduits en purée, les pommes de terre cuites sous les cendres, les légumes herbacés, les fruits. Il faut interdire les légumes conservés, l'oseille, la tomate, les asperges, les fraises, les groseilles, les graisses, les fromages fermentés. Le pain sera bien cuit et rassis et le malade ne devra pas en prendre plus de 200 à 250 gr. dans les vingt-quatre heures.

Quant à la viande elle doit être proscrite presque tout le temps dans les cardiopathies artérielles. Elle est permise dans les cardiopathies valvulaires, à la période de compensation (de préférence rôtie, grillée ou braisée; viandes blanches). De toutes façons on interdira la charcuterie, les salaisons, les conserves de viandes, le foie gras.

En dehors du lait, les boissons peuvent consister en vin rouge ou blanc étendu d'eau simple ou d'eaux minérales faibles (Evian, Alet, Vals, Condillac). Les malades devront s'abstenir de bière, de champagne, de vin mousseux, de vin pur, de liqueurs, de café, de thé surtout.

Les boissons doivent n'être pas très abondantes, surtout si le cardiaque est en même temps obèse. Mais il ne faut pas pousser à l'excès la diète sèche recommandée à tort par Œrtel comme capable d'augmenter la diurèse.

Signalons encore les cures de petit-lait, légèrement laxatif, diurétique, agissant sur les congestions viscérales secondaires (Traube). Au début on en prend 150 à 200 gr. deux fois par jour et on pourra aller progressivement jusqu'à un litre. On le coupera avec avantage d'eau minérale gazeuse.

Les cures de raisin auraient également une influence sur l'urination. Elles se font surtout en Suisse et dans le Tyrol. Le malade doit manger quatre à cinq livres de raisin en quatre fois dans la journée.

Kinésithérapie. — L'idée de la gymnastique manuelle méthodique appliquée à la thérapeutique remonte aux premières années du siècle et est due au suédois Linz. En 1857 Zander fonda la gymnastique médico-thérapique où les machines remplacent la main de l'aide pour provoquer les mouvements actifs ou passifs.

En 1875, Œrtel de Munich, imagine une méthode thérapeutique qui devait agir directement sur le cœur. Cette méthode comprenait deux facteurs : le traitement mécanique consistant en ascensions progressivement augmentées et le traitement diététique, comprenant une alimentation tonique et réparatrice avec restrictions dans la quantité de boissons.

En 1880 les frères Schott, de Nauheim, instituèrent le traitement des cardiopathies par la gymnastique suédoise et la balnéation; ils emploient surtout la gymnastique de résistance consistant en des mouvements simples des membres et du tronc, flexion, extension, abduction, etc., mouvements auxquels s'oppose un aide gymnaste. Par des moyens différents, la méthode des frères Schott vise le même but que celle d'Œrtel, l'augmentation de l'énergie du cœur.

Dans ces derniers temps on a critiqué la méthode d'Œrtel qui est inapplicable dans l'artério-sclérose. M. Huchard la combat car « elle prétend favoriser le développement d'une hypertrophie cardiaque qui existe déjà et a pour but et résultat d'augmenter le travail du cœur déjà exagéré ; elle est irrationnelle parce qu'elle ne tient pas compte de la dyspnée d'effort et qu'il est aussi impossible de faire marcher des dyspnéiques que des paralytiques; irrationnelle encore parce que l'état de méiopragie viscérale commande le repos des organes, et surtout du cœur. »

La méthode d'Œrtel peut être dangereuse à la période de dégénérescence musculaire, parce qu'elle favorise la tendance à la cardiectasie et conduit à l'asystolie.

Aujourd'hui on s'occupe moins « du cœur central que du cœur périphérique » dans les cardiopathies artérielles. C'est du côté du de système vasculaire qu'il faut agir de bonne heure, dit Huchard, et cela par l'intermédiaire des contractions vasculaires.

Nous ne rappellerons que sommairement la méthode d'Œrtel dont l'un des moyens consiste à faire marcher les malades sur des terrains en pente, en augmentant progressivement la durée de l'ascension et l'inclinaison du terrain.

Œrtel se propose de fortifier le myocarde par le fonctionnement régulier et progressif du cœur, à la condition de ne pas dépasser les limites de sa résistance.

D'autre part, par la restriction des boissons, la méthode d'Œrtel vise à déshydrater les tissus, à faire disparaître les stases veineuses, les œdèmes périphériques, à diminuer l'obstacle et par suite le travail du cœur.

Aujourd'hui on réserve surtout cette méthode au traitement de l'obésité, avec surcharge graisseuse du cœur. Schott, Leyden, Curchman, Basch, etc., lui ont adressé certaines critiques au point de vue physiologique.

La méthode suédoise a toutes les faveurs aujourd'hui. Elle comprend la méthode manuelle et la mécano-thérapie.

La méthode manuelle a pour but d'utiliser les muscles comme agents de circulation locale, car tout muscle qui entre en contraction est traversé par un courant sanguin cinq fois plus considérable et plus rapide qu'à l'état de repos (Chauveau et Kauffmann). Les efforts musculaires doivent être assez modérés pour ne pas influencer le cœur, c'est-à-dire, trop faibles pour produire les effets généraux de l'exercice.

On utilise les mouvements passifs, les massages des muscles et de l'abdomen, les mouvements de résistance qui sont déjà des mouvements actifs.

Pour les cardiopathies valvulaires en hyposystolie et pour les cardiopathies artérielles à la période mitro-artérielle, la gymnastique suédoise possède trois groupes de mouvements passifs : 1° pétrissage, 2° circumduction, 3° mouvements de respiration.

Le pétrissage du ventre a une influence considérable sur la circulation générale, de plus il influence les nerfs sympathiques, d'où une influence vaso-motrice sur les contractions artérielles. Les mouvements de respiration consistent en soulèvement, extension et élévation du thorax.

Lewin, en Suède, est le seul qui se soit occupé du massage spécial du cœur.

La mécanothérapie est l'application de la méthode de Zander.

On utilise les frictions et les vibrations qui s'obtiennent au moyen d'appareils spéciaux. Appliqués sur la région précordiale, les vibrateurs de Zander ou de Liebdnecht produisent une action modératrice sur le cœur en diminuant les battements et l'éréthisme. Après les mouvements passifs, la mécanothérapie arrive peu à peu à l'application des mouvements actifs avec faible résistance d'un contrepoids. Tout mouvement communiqué aux membres, qu'il soit actif ou passif, agit sur la circulation veineuse, en facilitant la progression du sang de la périphérie vers le centre. Il en résulte une fatigue moindre du cœur. De plus, il y a appel de liquide sanguin dans les masses musculaires qui travaillent et cette aspiration du sang par un muscle est tout à fait indépendante de la poussée du cœur (Brown-Sequard).

En somme, la contraction musculaire et le mouvement, *à la condition d'être dosés*, loin de causer au cœur un supplément de travail, se trouvent l'aider dans son fonctionnement.

Ajoutons que M. Huchard a utilisé avec succès le massage proprement dit chez des malades atteints de cardiopathies valvulaires en période d'asystolie, et chez des artério-scléreux avec dyspnée, accès d'angine coronarienne. On commence toujours, pendant 4 ou 5 minutes, par du massage ou pétrissage du ventre, puis suivant les cas, par de l'effleurage et du massage général (affections valvulaires) ou par du pétrissage des membres (affections artérielles). Enfin on ajoute des vibrations du thorax faites avec la main.

Après 3 ou 4 séances de massage abdominal, les œdèmes se résorbent, non seulement l'œdème visible des membres, mais la stase des veines mésaraïques, la congestion du foie, du rein. La diurèse se produit très rapidement ; le massage favorise d'ailleurs l'action diurétique de médicaments tels que la digitaline et la théobromine.

La rapidité du pouls diminue et cependant la pression artérielle baisse, contrairement aux données physiologiques. Les souffles reparaissent souvent, ce qui indique une plus forte contraction de la part du cœur. Les fonctions intestinales se régularisent et la dyspnée disparaît, surtout quand on fait des mouvements d'inspiration forcée, soit manuellement, soit avec la machine de Zander.

Les symptômes fonctionnels (barre épigastrique, insomnie, précordialgies, etc.), disparaissent progressivement.

La durée du traitement doit varier de 3 à 4 semaines ; au début on ne pratiquera le massage qu'un jour sur deux.

Ses indications essentielles sont les cardiopathies valvulaires au début de la décompensation, quand apparaissent la dyspnée de l'effort, l'œdème périmalléolaire, la raréfaction des urines, la congestion du foie, et surtout les cardiopathies artérielles.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Trépanation et drainage arachnoïdien dans la méningite, par Moty. (*Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, n° 4. p. 97, 1898). — On a tenté récemment la ponction lombaire suivie de drainage (Winter) ou d'injections d'air stérilisé (Bails, thèse de Lyon, 1897). Dans un ordre d'idées un peu différent, Augian, de Buda-Pesth, a employé les injections sous-cutanées de sublimé le long de la colonne vertébrale dans la méningite cérébro-spinale épidémique et en a obtenu des résultats satisfaisants.

Le Dr Moty pense que le drainage crânien est préférable à la ponction lombaire ; chez un malade atteint de méningite d'origine traumatique, la trépanation a déterminé la guérison. Suivant Moty, la trépanation est indiquée dès que le diagnostic de méningite aiguë est posé.

G. Lyon.

Traitement de la sciatique par l'électricité, par le Dr Ch. Renaut. (*Rev. Méd.*, 29 juin 1898). — L'auteur a commencé par employer le courant faradique comme un révulsif, d'ailleurs extrêmement vigoureux et commode, en ce sens qu'on peut recommencer tous les jours des applications au même point, — le courant galvanique, comme sédatif, à l'exemple de Remack, Erb, Onimus, Ziemsen, Bénédict, Lewandowski, etc. — Mais il n'a pas tardé à abandonner tous ces procédés, qui sont tous inconstants ; il insiste d'autre part sur une autre raison de ne pas employer le courant continu : son action sur les tissus étant essentiellement chimique, électrolytique, il est logique de penser que, si cette forme de courant est sédative pour le nerf, elle doit être dégénérative pour les tissus qui l'environnent, principalement pour les muscles.

Depuis l'année 1892, M. Renaut emploie systématiquement l'électricité statique sous forme de bains et d'étincelles en y ajoutant la contraction faradique des muscles dans les sciatiques avec amyotrophie. Toute personne atteinte de sciatique est d'abord placée sur le tabouret isolant en communication avec la machine de Wimshurst, et y reste, suivant la gravité et la nature du cas, de dix à vingt minutes pour prendre le bain statique. Au bout de ce temps, des étincelles, aussi fortes que la machine peut les donner, sont administrées sur la partie inférieure de la colonne vertébrale et tout le long du trajet du nerf sciatique, en insistant un peu plus longtemps sur les points douloureux. Si la maladie n'est plus une simple névralgie, mais est arrivée à la période névrite, si les muscles sont atteints d'atrophie, on ajoute aux pratiques franklinniennes précédentes une faradisation localisée à chaque muscle. Ceci dans le but de faire travailler ce dernier mécaniquement, afin d'augmenter son activité circulatoire, ses phénomènes nutritifs et par suite son volume. M. Renaut pratique cette faradisation comme il suit : le pôle positif est indifférent, il est tenu appliqué sur le sternum, par le malade lui-même si l'on n'a pas d'aides, et sur la colonne vertébrale, au-dessus ou au-dessous de la septième vertèbre cervicale, dans le cas contraire. Le pôle négatif est placé sur le muscle qu'on veut électriser, au niveau de son point d'élection de contraction. Le courant étant mis en action, on détermine, au moyen d'un interrupteur quelconque, des interruptions de ce courant : à chacune de celles-ci, le muscle se contracte, et cette contraction est d'autant plus forte que le muscle est moins malade, et que la bobine induite est plus avancée sur la bobine inductrice. Un muscle ayant subi dix à douze contractions on passe à un autre et ainsi de suite, jusqu'à ce que tous les muscles atrophiés aient été faradisés.

Faut-il pratiquer une séance chaque jour ? cette manière de faire est préférable au point de vue de la moindre durée du traitement : cependant, si le malade habite loin de son médecin, il vaudra mieux ne le déplacer que tous les deux jours.

Le bain statique, par lequel l'auteur commence toute séance de traitement de la sciatique, est un puissant sédatif, en même temps qu'un excellent régulateur du système nerveux : il contribue par ce fait à diminuer les douleurs souvent très vives et débilitantes de l'affection. Il agit, en outre, sur l'état général : on sait, en effet, ainsi que l'ont démontré d'Arsonval et Vigouroux, que le bain statique a la propriété précieuse d'enrayer considérablement les échanges nutritifs, condition favorable au malade atteint de sciatique, qui presque toujours est un arthritique, c'est-à-dire un ralenti de la nutrition.

Cette méthode de traitement a toujours donné à l'auteur, depuis qu'il l'emploie, c'est-à-dire dans près de deux cents cas de sciatiques de tous genres, d'excellents résultats. Dans une moyenne de 80 0/0 de ces cas, il a vu disparaître l'accès, et beaucoup parmi les autres ont été améliorés. Quelques-uns seulement n'ont éprouvé aucun soulagement. L'action se manifeste quelquefois en une ou deux séances, souvent en cinq ou six, et la guérison complète ne demande jamais plus de vingt à trente séances.

R. BLONDEL.

De l'atropine dans le delirium tremens. (*Wratsch*, nº 50, 1897). — TOUVIME, en partant de ce point de vue, basé du reste sur les recherches de Mendel et de Krukenberg, que dans le délirium tremens certaines régions cérébrales sont dans un état de dépression, s'est demandé si l'on ne pourrait pas obtenir de bons résultats thérapeutiques en administrant aux malades atteints de ce délire des substances qui, par leur action, contrebalanceraient ou même feraient disparaître totalement la dépression cérébrale. Il a donc fait des essais avec la caféine et l'atropine. En ce qui concerne la caféine, il a obtenu, dit-il, des résultats intéressants au point de vue théorique, mais nuls au point de vue pratique. Il n'en est même pas de même pour l'atropine.

Il a administré l'atropine à 11 alcooliques atteints de delirium tremens, dont 5 avaient le délire furieux et 6 autres le délire doux. Sur ces 11 malades, 10 à la suite d'une seule injection d'atropine se sont calmés petit à petit et au bout de 15 à 20 minutes se sont endormis. La dose généralement employée a été de 0,001 milligramme de sulfate d'atropine. Dans un seul cas, malgré une dose plus élevée (0,0015 décimilligrammes), le malade continua à être fortement agité. L'injection avait été pratiquée le soir ; le matin, après une ablution froide, le malade se calma ; les nuits suivantes il dormit bien.

Ajoutons que Touvime eut recours aux injections d'atropine dans un cas de psychose post-typhique (chez un individu non alcoolique) on pratiquait deux injections par jour, matin et soir à la dose de un milligramme. Au bout de 5 jours le malade fut complètement guéri. Ces faits, très intéressants, appellent certainement de nouvelles recherches.

B. TAFT.

Maladies du larynx du nez et des oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Traitement des tumeurs malignes du nez, de la langue et du larynx, par l'acide arsenieux, COSTININ, de Bucharest. (*Soc. franc. de laryngol.*, mai 1898). — L'auteur a traité 3 malades par la méthode de Czerny; l'un atteint d'épithélioma du nez a été guéri au bout de 5 mois par les attouchements quotidiens avec une solution d'acide arsénieux à 1/150; un épithélioma du larynx et un autre de l'amygdale ont été améliorés par ce mode de traitement.

A. COURTADE.

De l'action du sérum anti-diphtérique dans l'ozène. (*Wratsch* n° 14, 1898). — SILA-NOVITZKY a observé 9 cas d'ozène, 7 chez des enfants, 2 chez des adultes. Il ne recourait au sérum anti-diphtérique que dans les cas chroniques et rebelles au traitement ordinaire : lavages du nez par des liquides antiseptiques, enlèvement des croutes et administration de toniques.

Etant donné le nombre relativement petit de ses observations Sila-Novitzky ne se croit pas autorisé à poser des conclusions définitives, il se contente de constater les faits suivants

1° Le sérum anti-diphtérique injecté sous la peau chez des individus atteints d'ozène chronique, fait disparaître dans beaucoup de cas l'odeur pour un certain temps : dans d'autres il diminue cette odeur notablement.

2° Il rend la secrétion de la pituitaire trophiée plus abondante.

3° Il est à désirer que des observations continuent à être faites à ce sujet pour pouvoir arriver à une conclusion définitive sur la valeur de la méthode.

B. TAFT.

Traitement chirurgical des sinus qui entourent l'appareil olfactif. (*The Philadelphia Policlinic*, 11 juin 1898). — HAMMOND rappelle que le sinus éthmoïdal antérieur est de beaucoup le plus fréquemment atteint; ensuite vient le sphénoïdal, puis le frontal et enfin, rarement, le maxillaire. Cet ordre de fréquence, qui s'applique aux formes chroniques, doit être modifié pour les cas aigus, dans lesquels les sinus sphénoïdal et frontal sont assez souvent atteints. Le diagnostic différentiel entre les diverses sinusites est pour ainsi dire impossible, en dehors de la sinusite ethmoïdale antérieure, qui se reconnaît à l'anosmie et à un écoulement muco-purulent tenace. Il faut que le sinus ethmoïdal soit fortement atteint pour que l'inflammation se transporte au sphénoïde.

L'intervention chirurgicale donne seule des résultats. On enlèvera à la curette les parties nécrosées, en s'arrêtant de temps en temps pour effectuer un lavage à la seringue. L'ethmoïde seul devra être ainsi soumis au curettage : dans la plupart des cas, si le sphénoïde est pathologiquement intéressé, le passage d'un sinus à l'autre est en général si largement ouvert que l'on ne rencontre qu'une seule cavité : on peut du reste curetter sans crainte, quelle que soit l'étendue des lésions.

Pour le sinus frontal, la trépanation suivie de curettage et de drainage, constitue la méthode de choix.

Pour pénétrer dans le sinus maxillaire, on passera par la cavité nasale : si la paroi osseuse n'est pas atteinte par la carie, il faudra placer un drain dans la partie la plus déclive du sinus, en attaquant le sinus en arrière de la seconde prémolaire.

Pendant les six jours qui suivent l'opération, dans les cas où une large communication existe entre les narines et le sinus, on tamponnera après le curettage la cavité nasale avec des tampons d'ouate stérilisée : on enlève les tampons et on fait un lavage deux fois en 24 heures. En général, la guérison est complète au sixième jour, si tout le tissu malade a été enlevé.

Les dangers de l'intervention consistent dans le développement d'une méningite, que l'auteur n'a jamais observée par lui-même, et dans le développement d'une otite moyenne au cours des six jours qui suivent l'opération, soit à cause de l'obstruction de la cavité nasale, soit par action d'une douche trop énergiquement appliquée. L'accident est rare et la guérison facile à obtenir.

E. VOGT.

Acide chromique contre les synéchies nasales, par LAVRAUD. (*Soc. franc. de laryngol.*, mai 1898). — Les adhérences du cornet avec la cloison peuvent être la conséquence d'une plaie intéressant ces deux parties ou d'une cautérisation avec le galvano-cautère.

Après les interventions nasales, les soins consécutifs jouent le plus grand rôle pour empêcher cette complication.

L'acide chromique, contrairement aux cautérisations thermiques, produit une plaie qui n'a point de tendance à se souder avec la paroi opposée; aussi l'auteur, après cautérisation

au galvano-cautère, conseille de toucher les deux surfaces vives, avec de l'acide chromique fondu à la pointe d'un stylet, comme on le pratique ordinairement; cela dispense d'introduire dans les fosses nasales un corps isolant pour empêcher le contact du cornet avec la cloison.

A. COURTADE.

Diagnostic de l'empyème frontal, par GOULY. (*Médecine moderne*, 7 mai 1898). — L'empyème du sinus frontal est très souvent méconnu. Dans les cas typiques il existe trois symptômes cardinaux : douleurs violentes à la racine du nez, obstruction nasale et écoulement de pus par le nez ou le pharynx.

Les caractères de la douleur sont essentiellement variables : sourde et continue ou paroxystique, avec localisation à la région frontale ou disséminée dans toute la tête, elle peut devenir quelquefois extrêmement violente, surtout quand les sécrétions ne peuvent s'échapper par le canal frontal; la douleur peut aussi être intermittente, elle est réveillée par la percussion de la base du front.

A une période plus avancée, la région du sinus frontal devient le siège d'un gonflement par infiltration de la peau ou hyperostose de la table externe du sinus; l'orbite lui-même est atteint et on constate alors la déviation du globe oculaire et l'œdème de la paupière supérieure.

La rhinoscopie permet d'établir l'état de la fosse nasale qui, le plus souvent, est obstruée par des polypes muqueux.

Le pus est surtout grumeleux dans la sinusite maxillaire et se concrète sous forme de masse caséeuse quand il ne peut s'écouler librement au dehors: dans l'empyème frontal le pus est épais, crémeux et non fétide.

L'éclairage électrique des sinus vient corroborer les résultats fournis par l'examen direct mais ne suffit pas à lui seul pour établir un diagnostic positif, surtout si les indications qu'il fournit sont contradictoires avec les antécédents et les symptômes objectifs; c'est ainsi, que l'obscurité du sinus frontal qui ne coïncide pas avec des douleurs et de la suppuration nasale ne dénonce pas l'existence d'un empyème.

Il faut toujours étudier la transparence des deux côtés afin que la différence soit plus évidente; si les deux sinus sont atteints, l'obscurité existe à l'un et l'autre côté; dans ce dernier cas, les symptômes objectifs existeront, du reste, dans les deux fosses nasales et ce n'est qu'exceptionnellement que la rhinorrhée et l'obstruction seront unilatérales.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement thyroïdien de la lèpre par C. B. MAISLAND. (*Monatshefte fur prak. Dermat.* 1898, no 1). Observation d'un musulman âgé de dix-huit ans, atteint depuis cinq ans des symptômes les plus caractéristiques de la lèpre : zônes anesthésiques, hyperhydrose généralisée, alopécie, gonflement sus-orbitaire, etc. Dans ce cas, et dans un second que rapporte l'auteur, l'emploi prolongé, pendant un mois, de corps thyroïde de mouton a déterminé une amélioration locale considérable.

R. BLONDEL.

Du xéroforme dans le chancre mou. (*Wratsch* no 13, 1898). — SOUKHOFF a eu recours au xéroforme dans un grand nombre de cas de chancre mou et dans des conditions très variées.

Il procédait de trois façons : ou bien il se contentait de saupoudrer avec du xéroforme sans avoir préalablement lavé l'ulcération; ou bien il ne saupoudrait qu'après avoir lavé le chancre avec une solution d'acide phénique ou de sublimé; ou bien enfin il soumettait d'abord le chancre à un curettage suivi de lavages antiseptiques et ne le saupoudrait qu'après ces deux petites opérations.

Dans tous les cas et quel que fût le mode de traitement employé, Soukhoff n'a pu noter aucune action favorable du xéroforme. L'ulcération au contraire augmentait, d'autres encore survenaient. On n'a pas non plus noté d'action destructive : les chancres curettés se recouvraient au bout d'un certain laps de temps de la sécrétion caractéristique, de sorte que l'auteur fut obligé de recourir finalement à l'iodoforme.

Il conclut donc, et sa conclusion paraît justifiée, que non seulement le xéroforme ne saurait remplacer l'iodoforme comme d'aucuns le prétendent, dans le traitement du chancre mou, mais qu'il n'y est nullement indiqué.

B. TAFT.

Traitement des bubons inguinaux d'après le procédé de Lang. (*Journal russe de médecine militaire*, no 2, 1898). — VERSBITZKY a employé chez 9 malades atteints de bubons inguinaux le procédé de Lang modifié. Dès que le bubon est mûr, on le ponctionne avec la pointe

d'un bistouri, on exprime le pus et l'on introduit dans la cavité de 2 à 4 seringues d'acide phénique à 3 p. 100 ou bien d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100. On exprime le bubon pour chasser le liquide introduit et l'on remet de nouveau une ou deux seringues de la solution indiquée de nitrate d'argent, après quoi on applique un pansement. Ce pansement n'est enlevé qu'au bout de quelques jours (4 à 6 environ) et l'on trouve la plaie cicatrisée.

Dans un certain nombre de cas on a été obligé de répéter l'injection, la suppuration ne s'étant pas arrêtée.

Le procédé qui vient d'être exposé ne provoquait aucune douleur. Les bubons de petit volume et d'origine récente se cicatrisaient très rapidement, ordinairement au bout de 8 à 10 jours.

Dans un seul cas, où il s'agissait d'un bubon très volumineux, le procédé de Lang n'a pas donné de résultat satisfaisant, de sorte qu'on a été obligé de recourir aux procédés de traitement habituellement employés.

B. TAFT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

Traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable, par G. MANFREDI. (*Thèse* Paris 1898). — L'auteur fait usage de la pince dilatatrice et irrigatrice de Reverdin, légèrement modifiée; cette pince est, en effet, trop volumineuse pour être introduite dans des utérus non dilatés; M. Manfredi en a fait construire une à branches plus fines, dont l'introduction est aussi facile que celle d'un hystéromètre. Par des observations, faites sur des utérus entiers, enlevés par l'hystérectomie, l'auteur a pu constater cependant, qu'au niveau du contact des deux branches avec la paroi utérine, celle-ci échappait à l'action des liquides employés en lavage. Aussi a-t-il fait construire un second modèle dont les branches s'ouvrent selon un plan perpendiculaire à celui du premier et qu'il emploie alternativement avec celui-ci, (1) ce qui parait compliquer assez inutilement la manœuvre.

Après introduction préalable de l'hystéromètre avec les précautions d'usage et fixation du col au moyen d'une pince tire-balle-fixation facultative, selon l'auteur, — la sonde est introduite de la main droite, ses branches sont écartées et l'on fait circuler le liquide choisi pendant cinq ou dix minutes, en s'assurant qu'à son retour il est suffisamment chaud. La pince est alors retirée doucement *pendant que le liquide coule encore*.

L'auteur ne parait pas avoir compris toute l'importance de ce détail, qu'il pratique empiriquement, et qui a pour but d'empêcher la rentrée du liquide et des particules qu'il peut avoir entraînées avec lui, jusqu'à l'intérieur des branches de la pince, au moment où, le courant étant interrompu, la pression demeure un instant plus forte à l'intérieur de l'utérus que dans la cavité de la sonde : dans ce cas, celle-ci s'encrasse rapidement, et devient bientôt hors d'usage, son nettoyage étant toujours délicat. Comme pansement consécutif, on introduit dans le vagin deux tampons dont le plus profond est imbibé de glycérine ichtyolée au 1/10. La malade doit garder ces tampons jusqu'au soir ou jusqu'au lendemain matin. Avant de venir reprendre son injection intra-utérine, elle reçoit une douche vaginale de vingt à trente litres (!) d'eau à 45° environ.

Les différentes solutions antiseptiques que l'auteur a employées ont été les suivantes : le chlorure de zinc à 1 %, le nitrate d'argent à 1 %, l'itrol ou citrate d'argent à 2 pour 1000, le sublimé à 1 pour 4000, le permanganate de potasse à 1 pour 1000, l'iode à 1 pour 1000, et la gélatine stérilisée. Les injections au sublimé, au permanganate de potasse et à la solution iodée sont les plus recommandables.

Les accidents observés sont très rares, cependant les malades nerveuses supportent assez mal les premiers lavages intra-utérins qui leur sont faits. Mais au bout du troisième ou du quatrième lavage la tolérance devient presque toujours habituelle, mais elle disparaît, au contraire, si l'on interrompt la série de ces lavages.

Dans les cas de métrite simple, aiguë ou chronique, la guérison est la règle (quatorze succès sur seize cas). Dans les métrites accompagnées de lésions annexielles, le pronostic est réglé par le degré d'intensité de ces dernières.

(1) C'est pour cette raison que nous avons fait construire, il y a six ans, notre sonde à double courant, dérivée de celle de Doléris, avec débouché terminal et retour du liquide entre les deux branches dont les canelures accolées forment un tube pour l'écoulement du courant de retour. Dans ces conditions, pas un point de la surface de l'utérus n'échappe au contact du liquide. R. BLONDEL.

Quand les lésions sont légères, que la métrite soit aiguë ou chronique, le résultat est excellent, les pertes cessent, les douleurs disparaissent et la guérison obtenue est durable.

Au contraire, lorsque les lésions annexielles sont plus avancées, on ne peut guère compter que sur une amélioration relative. Les pertes sont considérablement réduites et les douleurs diminuent dans un certain nombre de cas : d'autres fois, les douleurs persistent, à peu près comme auparavant; enfin, dans quelques cas (11 fois sur 48 cas), le résultat est nue en ce sens que ni les douleurs ni les pertes ne diminuent.

R. BLONDEL.

Traitement chirurgical du prolapsus utérin, par B. BASTIANELLI. (*Arch. ital. di gynecol.* 28 février 1898).— L'auteur, après avoir fait la critique des procédés opératoires de Ruggi et de Sanger, a cherché, comme eux, à replacer la partie malade dans des conditions normales, en apportant à l'un et à l'autre procédé des modifications particulières.

Dans un cas de prolapsus complet de l'utérus, sans hypertrophie du col, voici comment il procède : incision médiane de la paroi vaginale postérieure du col de l'utérus, jusqu'au périnée ; dissection soigneuse des deux lèvres de l'incision de façon à obtenir deux lambeaux d'égale grandeur. Dans la partie la plus élevée de l'incision, la dissection comprend l'isolement complet du cul de sac de Douglas, que l'on décolle, du côté du rectum, aussi haut que l'on peut, et du côté de l'utérus, jusqu'au niveau de l'orifice interne. On passe à la partie vaginale antérieure, qui est incisée longitudinalement, depuis l'urèthre jusqu'au col, et les lèvres de l'incision sont disséquées de façon à former deux lambeaux égaux découvrant largement la vessie. La partie supérieure de l'incision se poursuit derrière celle-ci, en dénudant le feuillet antérieur du cul de sac péritonéal vésico-utérin, que l'on détache de la vessie le plus haut possible, tandis que l'autre feuillet reste adhérent à la paroi utérine.

Le cul de sac de Douglas réduit ainsi à la séreuse péritonéale, est entièrement reséqué : le bord de l'incision du feuillet postérieur est suturé au feuillet antérieur au niveau de l'orifice interne utérin. Cette suture est faite au moyen de plusieurs points réunissant entre eux, non seulement les deux lèvres de l'incision, ce qui ne représenterait qu'une adhérence linéaire, mais sur une surface assez étendue, de façon que le nouveau cul de sac de Douglas formé soit obturé en partie par la suture, et que le feuillet postérieur, fixé à la partie postérieure du corps utérin, le fixe et l'attire en haut et au milieu.

Passant au cul de sac péritonéal antérieur, on reséque la partie de la paroi vésicale postérieure mise à nu, en laissant intacte celle qui correspondait au col. L'utérus est fixé à l'aide d'une pince à griffe, et son corps est abaissé en avant vers la vulve ; on saisit les ligaments ronds et on les suture à la paroi antérieure de l'utérus, immédiatement au-dessus du fond : le péritoine du cul de sac rétro-vésical est suturé solidement à la paroi du corps utérin, de telle sorte que celui-ci se trouve placé en antéversion et l'on referme l'incision vaginale au niveau du col.

On reséque les deux lambeaux disséqués sur chacune des parois vaginales antérieure et postérieure. Une série de sutures rapproche les lèvres de chacune de ces deux incisions, en rétrécissant considérablement le calibre du canal vaginal, et l'on termine cette série d'opérations par la reconstitution du périnée.

Si le col est hypertrophié, on pratique la resection de ses deux lèvres.

L'auteur reconnaît cependant que sa méthode serait insuffisante pour amener la guérison d'un prolapsus total, dans le cas d'un utérus petit, manquant de tout soutien du côté du plancher pelvien. Il croit que dans ce cas il serait utile de compléter l'opération par la fixation du fond de l'utérus à la paroi vaginale.

R. BLONDEL.

Grossesse extra-utérine par le Dr FRŒLICH (*Revue méd. de l'Est* 1er avril 1898). — Observation intéressante de grossesse extra-utérine avec mort du fœtus. Les mouvements de celui-ci furent perçus vers le 4e mois. A ce moment, une crise douloureuse avec vomissements et fièvre paraît avoir correspondu à la rupture du kyste fœtal : un peu de sang noir fut même rendu par le rectum. L'état général allant en déclinant de plus en plus, M. Frœlich opéra onze mois après le début présumé de cette grossesse.

La laparotomie montra les anses intestinales agglutinées par des adhérences, les unes faibles, les autres solides, recouvrant une tumeur de la grosseur du poing, placée à gauche de l'utérus et adhérant avec elles : c'était la trompe gauche distendue : elle adhérait très intimement dans sa partie postérieure avec le rectum.

La dissection de cette tumeur, extrêmement laborieuse, fut interrompue par sa rupture. Il s'en échappa une notable quantité de pus et une masse noirâtre, très fétide, ressemblant à du méléna, au milieu de laquelle

se voyaient des débris d'os crâniens et des membres du fœtus.

M. Frœlich essaya d'extirper la poche, ce qui fut impossible, sa paroi postérieure étant constituée par le rectum. La cavité fut nettoyée à l'eau bouillie et prudemment curettée. L'hemorragie fut assez forte.

Un essai de marsupialisation de la poche ne put être réalisé qu'incomplètement, toujours faute de paroi propre en arrière. L'auteur eut l'ingéniosité de remplacer cette paroi par une compresse iodoformée épaisse et tassée, isolant la cavité purulente de la cavité péritonéale.

Le Douglas fut perforé à l'aide d'une pince piquante enfoncée d'une main dans le vagin, pendant que l'autre main, dans la poche abdominale, guidait l'instrument. Un gros drain en croix fut placé dans la poche. Fermeture partielle de l'incision abdominale.

Suites très simples. Dès le lendemain, la température était redescendue à la normale. Le 4e jour, un écoulement de matière fécale liquide survint par le drain abdominal, indiquant une communication de la poche avec le rectum, communication antérieure à l'intervention, puisque la malade avait perdu autrefois par les selles du sang et du pus. Le mur de gaze iodoformée est enlevé, des adhérences suffisantes s'étant produites, protégeant les intestins et le péritoine. Des lavages journaliers furent faits, à travers l'orifice abdominal, de l'abdomen vers le vagin. Le drain fut enlevé le 12e jour: l'écoulement stercosal diminua graduellement, et, un mois après son entrée, la malade quitta l'hôpital en parfait état, n'ayant gardé qu'une petite fistulette au-dessus du pubis.

R. Blondel

Obstétrique.

Dr DEMELIN

Accoucheur des Hôpitaux

Discussion sur le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Societa Lancisiana degli Ospedali di Roma. Archivio italiano di Ginecologia*, 1898 no 1, p. 70). — F. La Torre rappelle qu'au Congrès de Genève 1896, les accoucheurs demeurèrent divisés en deux camps, les uns étant pour l'intervention immédiate, les autres pour l'expectative combinée au traitement médical. Partisan de cette dernière solution, il rapporte deux observations démonstratives, la première d'un cas d'éclampsie survenant au bout du huitième mois, avec œdème, albuminurie, accès courts et espacés, qui guérit uniquement par le traitement médical et aboutit à un accouchement à terme, et la seconde d'un autre cas, dans lequel les attaques courtes et répétées débutèrent trois jours après l'accouchement, les unes, localisées surtout aux muscles de la face, les autres générales. La malade présentait de l'anasarque et une albuminurie légère, déjà en diminution, grâce au régime lacté : elle guérit rapidement par le traitement médical.

L'auteur pense que, dans l'éclampsie, l'intervention immédiate n'est à conseiller qu'en cas d'indication urgente. Sinon, on tentera le traitement médical, au moyen des injections de morphine à haute dose (l'auteur a injecté jusqu'à treize centigrammes d'acétate de morphine en deux jours), avec le chloral, plutôt qu'avec le chloroforme (4 à 6 grammes par jour), et comme adjuvants, les bains, les sudorifiques, les purgatifs drastiques, etc. Si l'on n'obtient aucun résultat et si l'albuminurie va en augmentant, il faut évacuer l'utérus et se hâter tout particulièrement quand les convulsions se succèdent rapidement, sont profondes et longues, accompagnées de coma et de respiration stertoreuse.

Pour l'intervention obstétricale, on aura recours à la sonde de Krause, aux ballons, au dilatateur, etc., à l'accouchement forcé, selon la méthode italienne, aux grandes incisions du col suivies de l'application du forceps (méthode dite de Dürhsen, bien qu'elle ait été conseillée dès 1784 par Parreo), enfin à la rupture des membranes, comme le conseille Mangiagalli. L'auteur donne la préférence aux deux premières méthodes, en particulier à l'accouchement forcé avec le dilatateur de Tarnier.

Rocchi fait remarquer que le professeur Pasquali, dont il fut l'assistant, ne repousse pas le traitement médical de l'albuminurie gravidique : mais si, malgré cela, la quantité d'albumine augmente et que l'on voit apparaître les convulsions, il estime qu'il faut vider l'utérus immédiatement. Pour cela, il emploie la sonde de Krause, quand l'indication n'est pas trop urgente. S'il est nécessaire d'agir promptement, il se sert du dilatateur à trois branches de Tarnier, préférable selon lui, à tous les dilatateurs, en ce qu'il respecte l'intégrité du col, puis en recourant à la version podalique et en terminant par le forceps.

Il ajoute que l'albuminurie et les convulsions éclamptiques ne sont pas toujours en rapport direct comme gravité. Dans un cas

qu'il observa avec Bastianelli, l'albumine, dès le 3e mois, atteignit 11 0/0, ce qui n'empêcha pas la malade de mener sa grossesse à terme sans accident et sans convulsions. Etant donné que nous ne pouvons à priori déterminer la gravité et l'imminence du danger, il faut, dès la première manifestation convulsive, provoquer l'accouchement, surtout si le fœtus est vivant, car on ne doit pas oublier que l'albuminurie gravidique, longtemps prolongée, laisse dans les reins des lésions définitives.

ARCHANGELI est d'avis que le rapport entre la quantité d'albumine et le poids spécifique de l'urine est un facteur important et trop souvent négligé du pronostic. Quand ce rapport est élevé, le pronostic est plus favorable. Il serait également utile de faire le dosage de l'azote (azote de l'urée et azote non uréique) ce qu'on néglige ordinairement de faire. DUTTO croit qu'il serait possible de tenter la cure de l'éclampsie, dans les cas où le traitement médical est possible, par les tablettes de thyroïde, en prenant en considération que cette substance a donné de bons résultats dans toutes les maladies dépendant d'une accumulation de substances azotées dans le sang.

Rocchi a employé avec avantage à la clinique obstétricale de Rome le *veratrum viride* (à l'intérieur, dix à vingt gouttes, en injections hypodermiques cinq gouttes d'extrait fluide): il renforce la contraction cardiaque, relève la pression sanguine, augmente l'élimination des urines et avec elle celle des poisons qui circulent dans le sang des albuminuriques. Comme calmants, il préfère la morphine et le bromure, réservant le chloral ou plutôt le chloroforme pour l'apparition des convulsions, de façon à atténuer celles-ci et à en empêcher le retour. Le chloroforme et le chloral (qui n'agit qu'autant que l'organisme le transforme en chloroforme), irritent le foie et le rein et ne devraient être employés chez les éclamptiques qu'en cas urgent. La voie rectale est préférable d'abord, parce que, pendant l'accès, il est difficile de le faire ingérer à la femme, ensuite parce que le chloral, trouvant dans l'intestin un milien alcalin, se décompose plus aisément en chloroforme, qui est absorbé aussitôt.

Il n'est pas besoin d'exagérer les doses. Lorsque l'on a donné 10 grammes de chloral en 24 heures, il est certain qu'il n'a pas été absorbé, parce que l'on sait qu'un gramme, en milieu alcalin, donne 81 centigrammes de chloroforme, ce qui correspond à la quantité qu'absorbe un sujet à qui l'on a donné 15 à 20 grammes de chloroforme à inhaler sur une compresse.

F. La Torre maintient son opinion, que dès la première attaque le pronostic n'est pas forcément tellement grave que l'accouchement s'impose:— le traitement médical peut amener la guérison dans le plus grand nombre des cas. D'autre part, dans l'albuminurie gravidique, il ne pense pas que les altérations rénales soient assez graves pour contre indiquer l'emploi de l'opium et du chloroforme.

En ce qui concerne le veratrum viride, les observations récentes lui ont été beaucoup de la valeur que lui ont prêté les auteurs américains.

R. BLONDEL.

Le sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale par PAUL REBREYEND. (*Presse médicale* n° 48, p. 309, 1898).— Un effet général immédiat, suivi d'un effet local toujours plus lent mais constant, tels étaient les résultats annoncés par les premiers expérimentateurs. L'effet général se manifestait par deux signes essentiels: une chute de la température et un sentiment très spécial d'euphorie, succédant à l'angoisse et au malaise des jours précédents.

Cependant, au point de vue de la température, on ne tarda pas à faire des réserves: Bonnet signale des cas où la température n'a pas eté influencée, et des cas où la défervescence est suivie, dans un délai très court, d'une nouvelle ascension thermique.

D'autre part on a fait observer que les cas où l'infection a paru jugulée par une ou deux injections hypodermiques, pourraient bien n'être que des cas favorables où l'infection s'est éteinte d'elle-même.

Enfin il est des cas où, le sérum antistreptococcique se montrant impuissant, les injections de sérum artificiel ont au contraire, produit des effets très remarquables.

Il est à remarquer que dans l'immense majorité des cas publiés, le bénéfice total retiré par le malade est en plus grande partie attribuable aux traitements locaux. Les cas de guérison sans manœuvres intra-utérines ne sont pas à l'abri de toute critique. De plus, on ne sait pas ce que sont devenues, au point de vue utérin, les infectées guéries par la méthode et chez lesquelles on s'est abstenu de recourir au curettage.

Pour l'albumine, les avis diffèrent. Thérèse rapporte des cas où la séro-thérapie l'aurait fait disparaître; M. Bué, de Lille, a rapporté à la Société obstétricale 2 cas sur 4, où elle est apparue après le traitement.

« On voit que l'accord est loin d'être fait sur les résultats effectifs de la méthode. Sans doute, à prendre l'ensemble des statistiques, comme celle de Laran, les résultats généraux

se chiffrent par une très grande majorité de guérisons. Mais, d'une part, l'emploi simultané des lavages intra-utérins et des curettages rend fort difficile l'appréciation isolée des effets sérothérapiques ; d'autre part, il ne semble pas que les anciennes méthodes aient laissé mourir beaucoup plus de malades. Dans les cas fatals, les bactériologistes ont toujours trouvé des excuses (infections mixtes, traitement tardif) : il n'est que juste de faire des réserves analogues à propos des guérisons dont ils semblent trop facilement se féliciter. »

En ce qui concerne les accidents imputables au traitement, on a observé des accidents légers et des accidents graves, heureusement fort rares. Parmi les accidents légers il faut signaler les plaques érythémateuses indurées, douloureuses, au siège de l'infection. Dans un cas seulement (Rebreyend), l'érythème a pris la forme érysipéloïde

Comme accidents généraux bénins, on a signalé l'albuminurie, des crises de dyspnée sine materia, des éruptions cutanées.

Comme accidents graves, contrairement à ce qu'observa M. Variot chez les enfants atteints d'angines à streptocoques traitées par le sérum, ce n'est pas la réaction fébrile avec hyperthermie qui serait à craindre, mais bien l'hypothermie avec collapsus, susceptible de se terminer par la mort. Deux cas de mort après le traitement sérothérapique, ont été publiés, l'un par M. Gaulard, l'autre par MM. Durante et Siroy : toutefois les résultats de l'autopsie ne permettent pas d'attribuer sans conteste la mort aux injections de sérum.

En résumé, l'emploi du sérum ne doit pas dispenser du traitement intra-utérin ; tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point. En ce qui concerne le sérum, tout ce que l'on peut dire c'est qu'il ne présente pas d'inconvénients sérieux et qu'on peut l'employer avec des avantages très possibles. Encore paraît-il inférieur au sérum artificiel employé en injection hypodermique ou intra-veineuse.

Dans plusieurs cas, on a vu, après l'échec de la sérothérapie, le sérum artificiel produire des améliorations indéniables, caractérisées par un relèvement du pouls, une sensation de bien-être, le retour du sommeil.

G. LYON.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Action remarquable de clystères diurétiques. (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, mai 1898). STEINDL, appelé à soigner un enfant de 14 ans, atteint de néphrite grave avec anurie et troubles urémiques, suite de rougeole, commença, au 6e jour de la maladie, alors que toute médication avait jusque-là échouée, à donner toutes les deux heures un lavement de 200 gr. d'eau à 15° c. Dès le lendemain, l'enfant, encore dans le coma, urina abondamment dans son lit : le second jour, la diurèse continua et les fonctions cérébrales se rétablirent par intermittences : le troisième jour, le sensorium était devenu normal, et le malade, complètement aveugle dès le second jour de la maladie, commençait à distinguer la lumière de l'obscurité. Le quatrième jour, tous les troubles locaux ou généraux avaient disparu, et six jours plus tard on ne retrouvait plus que des traces d'albumine dans les urines.

E. VOGT.

Action de l'orthoforme dans l'organisme. (*Deutsche med. Wochenschrift* 30 juin 1898). — MOSSE a fait à la clinique du Dr Leyden des recherches concernant l'action anesthésique de l'orthoforme : les maladies traitées peuvent être rangées dans trois catégories : 1° Pertes de substances de nature tuberculeuse : 2° Lésions des muqueuses à la suite d'empoisonnements : 3° Processus infectieux aigus.

Dans toutes ces affections, l'orthoforme a, en général, exercé une action anesthésique locale efficace, qui n'a pas toutefois duré plus de quelques heures. On administra le médicament en cachets, ou encore en suspension dans de l'eau à la dose de 3 0/0, dans les cas où l'usage interne se trouvait indiqué, aux doses de 1 gr. à 1,5 gr. par jour. Les cachets provoquent chez quelques malades, des nausées et des vomissements : l'ingestion de la solution semble donc préférable. Dans quelques cas, il parut qu'un certain degré d'accoutumance se manifestait.

L'auteur s'est préoccupé en outre d'un autre côté de la question : l'orthoforme peut-il être résorbé, est-il éliminé en nature ou après décomposition, et peut-il exercer une action anesthésique sans qu'il y ait application directe du médicament sur le point malade.

L'orthoforme présente les réactions principales des aunido-phénols : on retrouve ces

réactions dans les urines après ingestion du médicament : on n'y peut constater la présence d'orthoforme en nature.

Les réactions caractéristiques peuvent se montrer de dix à vingt minutes après ingestion : il est donc probable que l'orthoforme est déjà absorbé par la muqueuse stomacale, ce que des expériences de Mosse ont du reste démontré.

L'orthoforme possède en outre des propriétés antifermentescibles marquées.

L'action du médicament peut-elle s'exercer après absorption par l'estomac dans un point éloigné de l'organisme? Les faits observés paraissent le démontrer. Chez plusieurs malades atteints de blennorrhagie aiguë et de cystite, l'administration d'orthoforme par la voie stomacale provoque une diminution des douleurs ressenties par les sujets. Il est donc possible que le principe anesthésique que contient l'orthoforme soit éliminé, tel quel, sans qu'il ait à subir de modifications en traversant l'organisme.

E. VOGT.

Action du bromhydrate d'arecoline. (*Wratsch*, nº 50, 1897). — MICHAILOWSKY et FEDOROFF ont communiqué à la Société de Médecine légale et d'Hygiène les résultats des expériences faites par eux concernant l'action du bromhydrate d'arecoline sur les animaux à sang froid.

Voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés.

1º L'arecoline exerce particulièrement son action sur le centre inhibitoire du cœur situé dans le cerveau. En excitant ce centre, l'arecoline ralentit les contractions cardiaques et arrête le cœur en diastole ; il n'est cependant pas sans action sur les terminaisons périphériques du nerf vague et les centres inhibitoires propres du cœur.

2º L'arecoline diminue la pression sanguine en exerçant une action dépressive sur le centre circulatoire principal situé dans la moelle et sur les vaso-moteurs périphériques.

3º L'arecoline excite le centre convulsif de la moelle.

4º A la dose de 1/4 de milligramme par kilogramme d'animal l'arecoline augmente la fréquence des contractions en excitant les centres accélérateurs situés dans le tron mixte du sympatique et du vague.

B. TAFT.

La morphine et l'apomorphine, *Etude expérimentale de pharmacodynamie comparée*, par GUINARD (in 8º, 728 p.) Asselin et Houzeau. — Paris 1898). — Nous ne retenons de cet important travail que la partie directement applicable à la thérapeutique usuelle.

Nous n'analysons donc pas les très intéressantes observations faites par l'auteur sur l'action physiologique de la morphine chez les différentes espèces animales.

Apomorphine. — Les sels d'apomorphine du commerce diffèrent beaucoup entre eux au point de vue des réactions chimiques et pharmacodynamiques. Le chlorhydrate d'apomorphine *cristallisé* est seul constant dans ses effets, c'est un excitant cérébral, et il augmente la tension artérielle.

Le chlorhydrate d'apomorphine amorphe est un dépressif nervin avec tendance syncopale, collapsus, etc.,

L'action cérébrale de l'apomorphine se traduit par des troubles psychiques, des hallucinations : c'est un modificateur bulbo-médullaire, qui, à doses fortes, détermine des phénomènes convulsifs.

Comme vomitif, expectorant, modificateur nervin, le chlorhydrate d'apomorphine cristallisé est le plus constant; on doit lui donner la préférence pour l'administration aux malades.

On obtient très facilement les vomissements par injections rectales d'apomorphine : deux centigrammes d'apomorphine suffisent. Les vomissements sont moins abondants, moins prolongés; il est rare d'observer les phénomènes généraux toxiques du médicament, après l'introduction d'une dose vomitive d'apomorphine dans le rectum.

Le vieillissement des solutions d'apomorphine est sans grande importance, contrairement aux affirmations de certains auteurs: il a seulement pour conséquence de diminuer leur activité et leur toxicité.

Les sels d'apomorphine sont beaucoup plus toxiques que la morphine, — quatre fois plus pour le chien, neuf fois plus pour le lapin.

Même dans les limites de son emploi comme vomitif, l'apomorphine *n'est pas un agent anodin*; car, à part des accidents de collapsus, son action est précédée, accompagnée et suivie de troubles cardio vasculaires et respiratoires.

L'action vomitive de l'apomorphine n'est que l'exagération d'une propriété que possède la morphine elle-même et qu'on voit se manifester avec une fréquence inégale chez les animaux.

La morphine et l'apomorphine sont des excitants des centres vomitifs bulbaires.

L'imprégnation morphinique suspend les effets nauséeux de l'apomorphine.

L'ether, le chloroforme, le chloral ont même conséquence, pendant la durée du sommeil

qu'ils produisent. Au réveil les vomissements se produisent en général.

L'atropine ne s'oppose pas aux effets nauséeux de l'apomorphine.

Le sang asphyxique est chargé de CO^2, supprime ou atténue l'impressionnabilité des centres vomitifs et suspend l'action de l'apomorphine jusqu'à l'élimination du gaz toxique.

L'apomorphine est un hypersecréteur.

Si on analyse les effets principaux de la morphine et de l'apomorphine on est frappé des relations étroites qui unissent ces deux alcaloïdes.

Les manifestations de l'apomorphine ne sont que la reproduction ou la simple modification des propriétés pharmacodynamiques de la morphine.

Au point de vue *pharmacodynamique*, la morphine devenue apomorphine a perdu ses effets narcotiqnes et exagéré ses divers effets excitants.

A. Chassevant.

Administration de l'iode, à l'aide du vasogène. (*Berliner med. Gesellsch*, 1er juillet 1898). — Friedlaender a déjà présenté à la Société de nombreuses observations d'emploi de l'iode en applications cutanées, en se servant du vasogène (oxyvaseline) comme véhicule.

Le vasogène iodé se présente à 3 états de concentration, 6, 10 et 20 p. 100. Le plus employé est celui à 6 p. 100. Il pénètre facilement dans la peau et les muqueuses, ce qui permet à l'iode d'agir plus vite et plus sûrement que par l'emploi interne de l'iodure de potassium dont les liquides organiques doivent d'abord séparer l'iode.

Friedlander commença par obtenir d'excellents résultats, ainsi qu'il avait déjà été constaté d'autre part, dans l'épididymite blennorrhagique, les douleurs rhumatismales, la sciatique, les névralgies intercostales, l'engorgement des glandes. Il tenta alors d'employer le vasogène dans des maladies où on ne l'avait pas encore essayé. Les effets furent nuls dans l'eczéma capitis, la synovite, le rhumatisme articulaire chronique. Mais, il obtint les meilleurs résultats dans l'eczéma scrofuleux des enfants, les scrofuloses cutanées, l'ulcère de jambe, la périostite alvéolo-dentaire, et, en gynécologie, dans les ulcérations du col et du vagin enfin, sous forme de tampons imbibés de vasogène iodé, dans les paramétritiques.

Dans la pleurésie, le vasogène iodé a été employé comme succédané de la teinture d'iode, sans amener comme elle la desquamation de la peau; les douleurs cessèrent très rapidement. Dans les pleurésies légères, sans épanchement, les râles disparaissaient au bout de 2 ou 3 jours, et même dans les cas d'exsudats abondants, la résorption se fit remarquablement plus vite et d'une façon plus bénigne que d'habitude.

Enfin, Friedlaender essaya d'appliquer à l'usage interne le vasogène iodé, ainsi que Kleist l'avait prescrit déjà, sous cette forme, dans l'asthme et l'artériosclérose. A la vérité, Friedlaender ne put pas confirmer les succès de Kleist, mais il employa avec avantage ce médicament dans la scrofule et la syphilis, de même dans les bronchites et les désordres du côté de l'estomac, particulièrement les vomissements de la grossesse. Comme mode d'emploi, Friedlaender prescrit de faire frictionner doucement la partie malade 2 ou 3 fois par jour avec de 10 gouttes à 1/2 cuiller à café du médicament. A l'intérieur, il donne aux enfants, 3 fois par jour, 3 gouttes et fait élever cette dose peu à peu jusqu'à 6 ou 8 gouttes; les adultes commencent à 5 gouttes, 3 fois par jour et peuvent atteindre jusqu'à 15 ou 30 gouttes. Le goût n'est pas agréable, car il rappelle celui du pétrole, mais il existe des capsules gélatineuses de vasogène iodé et des pastilles de chocolat au vasogène iodé.

En dehors de cela, la meilleure manière de l'absorber est de le prendre dans du lait, ou, pour ceux qui ne peuvent pas le supporter, dans du café ou du thé. On n'a jamais observé de troubles du côté des reins ou d'autres organes. — Plusieurs orateurs, à la suite de cette discussion, Senator, Kleist et Rubinstein appuyèrent l'opinion de Friedlaender, en faisant connaître des emplois plus étendus encore du vasogène iodé.

R. Blondel.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

SCIATIQUE

1. Traitement du symptome.

Sciatique chez un sujet jeune, à la suite de l'impression du froid humide, par exemple :

Séjour au lit.

Sudation à l'aide de boissons chaudes.

Enveloppements ouatés.

2. Moyens externes.

Au début) *liniments calmants* :

Chloroforme	4 gr.
Extrait d'opium.	1 gr.
Alcoolat de Fioravanti . .	15 gr.
Baume tranquille.	40 gr.

Au bout de quelques jours :

Pulvérisations de chlorure de methyle sur toute la partie postérieure de la cuisse et sur le mollet, en éventail.

Diriger le jet obliquement par rapport à la peau et changer le jet de place, dès que la peau blanchit (pour éviter la formation d'escharres); à répéter tous les deux ou trois jours. Ne pas les employer chez les femmes, à cause des pigmentations qui persistent parfois.

Pointes de feu.

Faradisation. — Le pied nu, du côté malade, reposera sur une plaque mouillée d'eau salée. Promener un pinceau métallique relié au pôle positif (jusqu'à rubéfaction) ; employer un courant assez intense.

Dans les sciatiques anciennes avec névrite confirmée, atrophie musculaire, etc.

Liniments excitants (peu efficaces).

Essence de térébenthine. .	15 gr.
Acide acétique	15 gr.
Camphre.	3 gr.

Vésicatoires en bandelettes.

Stypage (de Bailly de Chambly) sur les points douloureux persistants avec les tampons imprégnés de chlorure de méthyle liquide.

Massage. — Très bon moyen.

Electrisation continue. — Pied reposant sur une plaque mouillée reliée au pôle négatif ; promener pendant dix minutes un rouleau relié au pôle positif, tous les deux jours. Courant de 8 à 10 milliampères.

Bains de vapeur (alternant avec les séances d'électrisation).

Traitement thermal. — Combiné avec le massage sous la douche aux eaux sulfureuses de : Aix-les-Bains, Bagnères-de-Luchon, Eaux-Chaudes, etc.

Eaux indifférentes de Néris, Plombières, Baden (Suisse), etc. Bains de boue de Dax.

3. Moyens internes.

Opium et *morphine* (en inj. sous-cut.).

Antipyrine (3-4 gr.) par la bouche ou en lavements.

Salicylate de soude. — (Uniquement dans la sciatique qui accompagne le rhumatisme articulaire aigu).

Salophène, 3-4 gr. *Salol* (4-8 gr.)

Bleu de méthylène. — 0 gr. 10-0 gr. 20 en pilules. (Combemale).

En injections sous-cutanées :

Bleu de méthylène.	2 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

injecter 1 cent. cube ; on peut aller jusqu'à 4 cc. (Ehrlich et Lippmann)

Gaiacol et Chloroforme associés, en injections sous-cutanées.

Chloroforme...	8 gr. 60
Gaiacol.....	6 gr. 76

injecter de XV à LX gouttes. (Colleville).

Valérianate d'ammoniaque. (Sujets nerv.).

2. Traitement de la cause

Causes de compression. — Chercher causes diverses : Mal de Pott, tumeurs du bassin, hernies, etc., *combattre constipation.*

Surmenage local. — Abus de bicyclette, de machine à coudre.

Varices. — Port d'une *bande de flanelle* taillée en biais, de *bas élastiques* avec genouillères, cuissards : parfois *résection des paquets variqueux* accolés au nerf. (Quénu).

Zona. — *Stypage* sur les points douloureux : *électrisation continue* après guérison de l'éruption.

Intoxications. — Combattre saturnisme, alcoolisme, par *suppression de la cause ; régime lacté, bains sulfureux, iodure de potassium* (chez saturnins).

Tuberculose ; Chlorose. — *Fer* ; douches chaudes.

Diabète. — *Régime* très sévère ; *sulfate de quinine.*

Goutte. — Traitement général, teinture de *colchique.*

Hystérie. — Traitement général de la névrose ; *douches froides, électrisation statique, isolement.*

Blennorrhagie. — Traitement de l'uréthrite par les *lavages* au permanganate de potasse.

Syphilis. — Traitement mixte.

Paludisme. — Injections sous-cutanées de *bichlorhydrate de quinine.*

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Nominations. — Notre collaborateur le Dr Thiercelin, vient d'être nommé, après concours, chef de Clinique de la Faculté de Médecine, à l'hôpital St-Antoine. Nous lui envoyons nos sincères félicitations.

Bureau Central.— Les concours pour les nominations a effectuer dans les cadres du Bureau Central, viennent de se terminer par la nomination de MM. Thiroloix, Triboulet et Souques, comme Médecins des Hôpitaux, de MM. Bouglé et Gantenay, comme Chirurgiens et de MM. Bouffe de St-Blaise et Baudron comme accoucheurs des Hôpitaux.

Vente de substances vénéneuses. — La 10e chambre correctionnelle, présidée par M. Weil, vient de juger « que le commerçant qui, sans observer les prescriptions formulées par l'ordonnance du 29 octobre 1846, le décret du 8 juillet 1850 et la loi du 18 juillet 1845 vend à une femme mariée une substance vénéneuse avec laquelle elle se suicide, s'expose à une demande à fin de dommages-intérêts formulée par le mari de la défunte. »

Les faits étaient les suivants :

Le 30 décembre dernier, Mme Stroff, marchande de vins, demeurant avec son mari, boulevard de Belleville, 40, s'était rendue chez des amis auxquels elle avait tenu des propos qui ne parurent pas inquiétants sur le moment, mais qui cependant dénotaient des projets de suicide. Sa visite terminée, Mme Stroff était allée dans la maison de produits chimiques tenue, au n° 138 du boulevard Richard-Lenoir, par M. D... Elle avait acheté à ce dernier, qui lui en avait fait remise sans la moindre difficulté, pour 50 centimes de cyanure de potassium, substance vénéneuse dont la vente, sans les formalités prescrites par l'ordonnance du 29 octobre 1846, est interdite par le décret du 8 juillet 1850 et la loi du 19 juillet 1845.

. Rentrée à son domicile, Mme Stroff avait absorbé cette substance et était morte aussitôt foudroyée. Une partie du poison était restée sur une table.

Les causes de ce suicide demeurèrent inconnues; pourtant on crut pouvoir les attribuer à une maladie ancienne qui avait laissé chez la malheureuse quelques troubles maladifs.

Quant à M. D.., il expliqua que son commerce l'oblige à vendre certains produits chimiques et certaines substances vénéneuses, et reconnut, en outre, qu'il n'avait pas fait, pour exercer son commerce, les déclarations prescrites par les réglements et qu'il ne tenait pas de registre spécial mentionnant la vente de substances vénéneuses et les noms des acheteurs.

C'est dans ces conditions que la 10e chambre correctionnelle, ayant admis l'intervention de M. Stroff, a condamné M. D... à quinze jours d'emprisonnement, 500 francs d'amende et 800 francs de dommages-intérêts.

Les spécialités à l'étranger. — En Allemagne, d'après un projet émanant du ministère de l'Intérieur de l'empire d'Allemagne, la délivrance des remèdes secrets est soumise à toutes les obligations auxquelles sont soumis les médicaments toxiques ou actifs.

Les pharmaciens qui se livrent à la vente de ces remèdes seront obligés d'indiquer d'une façon visible le nom, le prix, la composition et le préparateur du remède. Les recommandations, attestations, etc., sur le flacon et sur l'enveloppe seront prohibées. Quant aux remèdes secrets, qui ne peuvent être délivrés que sur ordonnance du médecin, ils seront pourvus d'une marque spéciale. L'administration se réserve de supprimer la vente de certains remèdes secrets, et de fixer un prix maximum de vente.

Les mêmes dispositions existent en Russie où aucune spécialité ne peut être annoncée, sinon dans les journaux médicaux.

Gardes-malades et marchands de cercueils. — Le Dr Oppenheim affirme, dans le *Deutsche Med. Woch.*, que certains facricants de cercueils, à Berlin, donnent jusque 30 0/0 du prix payé pour un cercueil, à la ou au garde-malade qui leur fait obtenir cette fourniture; il demande que

les médecins berlinois ne confient plus désormais leurs malades aux gens se livrant à de pareils marchés et qui semblent avoir intérêt à ce que le patient ne guérisse pas !

Une feuille politique de notre capitale ayant reproduit ce passage de l'article du médecin berlinois a reçu les confidences d'un entrepreneur de pompes funèbres ; celui-ci prétend qu'il existe un trafic à peu près équivalent à Bruxelles. Une personne, dit-il, est-elle gravement malade, un domestique ou un garde-malade s'empresse de nous en avertir en ajoutant : « Tenez-vous prêt au bon (?) moment ; ce sera une grosse affaire ; vous ne m'oublierez pas, j'espère, quand vous aurez reçu la commande ! » (*Belgique médicale*).

BIBLIOGRAPHIE

Les uréthrites chroniques chez l'homme. — Les complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme par GUIARD (ancien interne des hôpitaux).2 volumes. Chez Rueff et Cie éditeurs. — Paris.

Les deux volumes que Guiard donne aujourd'hui, l'un de 400, l'autre de 500 pages, complètent l'étude de la blennorrhagie chez l'homme qu'il avait entreprise en 1894, quand il a publié un premier volume sur la blennorrhagie aiguë.

Dans le livre des uréthrites chroniques, Guiard étudie l'uréthrite chronique blennorrhagique et les uréthrites non gonococciques. Il montre, pour l'uréthrite gonococcique, l'importance des fautes thérapeutiques (mauvaise direction du traitement initial, infractions à l'hygiène), le rôle des anomalies uréthrales, de l'état constitutionnel du malade.

Il étudie les lésions macroscopiques et microscopiques, leurs rapports avec les rétrécissements.

Il fait un exposé détaillé des symptômes, l'étude du premier jet d'urine, les filaments, la prostatorrhée, la spermatorrhée ; il fait le départ entre l'uréthrite antérieure et la postérieure.

Le diagnostic et la marche nous mènent au traitement qui est décrit dans tous ses détails avec la compétence d'un spécialiste qui voit beaucoup de malades et les suit avec une conscience que l'on se plaît à lui reconnaître.

Les grands lavages au permanganate avec la technique de l'auteur, le vieux traitement antiphlogistique auquel il est fidèle, les instillations de Guyon, la dilatation, l'uréthroscopie, le traitement général, tout est exposé minutieusement et clairement.

Viennent après les uréthrites non gonococciques : de cause générale, *ab ingestis*, de corps étrangers, et les uréthrites aseptiques.

Dans le gros volume des complications, tout est passé en revue. Divisées en deux classes, les complications de la blennorrhagie sont locales et générales.

Les complications locales, divisées en complications de l'uréthrite antérieure (balanites, balano-posthites, lymphangite, adénite, phlébite de la verge, folliculites, cowperites) et complications de l'uréthrite postérieure (prostatite, phlegmon périprostatique, prostatite chronique, spermato-cystite, déférentite et funiculite, épididymite et orchite, cystite, pyélite et pyélonéphrite, rétention), sont exposées avec l'historique très complet, une étude clinique très suivie et surtout une très intéressante thérapeutique.

Les complications générales ; fièvre, gonohémie, arthropathies, rhumatisme, rhumatisme musculaire, synovites tendineuses, périostites, lésions cutanées, lésions cardiaques et péricardiaques, lésions vasculaires (phlébite), pleurales, rénales, oculaires, névralgiques, méningo-médullaires, méningo-encéphaliques, fournissent la moitié du volume, que termine, sous le nom de coup d'œil rétrospectif, une vue d'ensemble ayant le grand intérêt de donner des conclusions thérapeutiques importantes.

C'est un ouvrage que l'on consultera avec le plus grand fruit, car le traitement de la blennorrhagie est indispensable à bien connaître.

Guiard, qui depuis longtemps s'est spécialisé en la matière, nous a donné avec le résumé des travaux d'autrui, une note personnelle qui rend la lecture de ses livres particulièrement agréable, instructive et pratique.

E. CHEVALIER.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3 rue Bourdaloue. Paris. *Le Propriétaire-Gérant*. R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des tribunaux. — Confitures, religion et anémie. — Le *Journal de Médecine de Paris* nous fait connaître en ces termes un curieux procès qui vient de se dénouer devant les juges de Paris, et qui jette un jour tout particulier sur les dessous de certaines spécialités retentissantes.

Voici le fait :

Par contrat du 6 mars 1897, mademoiselle de Boucheron, de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure de la maison des jeunes économes (?), 159, rue de l'Université, à Paris, concédait à son neveu, M. D... « le monopole exclusif des *confitures noires* (*sic*) dont elle possédait la formule » moyennant « 1,50 par pot d'un demi-kilo » et ce, pour quinze années. Elle se déclarait, en outre, autorisée « par sa supérieure » à les appeler confitures de... mettons Saint-Joseph, pour ne pas faire de réclame, bien que ce saint, pas plus que l'autre, n'ait jamais goûté desdites confitures.

Le neveu de la sœur de Boucheron s'empressa de transmettre le droit de vente du produit en question, au comte de C... et à son associé pour ce commerce, moyennant « 7.50 le kilo, payable comptant » et, sous peine de résiliation du contrat, s'il ne prenait livraison d'au moins 200 kilos par an et « *si la publicité* de la première année n'atteignait pas le chiffre de 40,000 francs ».

Le comte et son associé lancent donc les confitures noires, à l'aide de prospectus annonçant que leur produit « guérit l'anémie en vingt jours ». Puis, comme cran de sûreté, ils y ajoutent « *Elixir* du même saint, guérissant l'anémie en trois semaines ».

Or, l'exploitation de cet élixir, dit aussi de « Saint-Joseph » leur avait été concédée, le 11 juin suivant, trois mois après, par une demoiselle Lavieuville, dite sœur Henriette, de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure d'un couvent rue Saint-Dominique, 105, à Paris, laquelle avait vendu au comte C... et à son associé, pour 15 années, « le monopole exclusif dudit élixir » qu'ils devraient prendre à domicile « dans des bouteilles fournies par eux » au prix de « 6 francs le litre », payables « comptant ».

En présence de cette concurrence commerciale du couvent d'en face et du même ordre, la sœur de Boucheron ne perd pas la quarte, et s'empresse, pour parer le coup et ramener à soi la clientèle, de concéder à son neveu, par un nouveau contrat du 25 septembre 1897, enregistré, « le monopole exclusif d'un *Sirop* destiné à combattre l'anémie, dont elle possède la formule ». Ce sirop, dénommé « Sirop de sœur Louise, fille de la Charité », est livré à son neveu à raison de « 1.75 le litre, payable comptant ». Puis le sirop est lancé dans le commerce.

Alors, protestation des détenteurs du monopole des « Confitures noires » et de « l'Elixir » contre l'anémie, qui allèguent la concurrence déloyale ; assignation de la sœur de Boucheron, de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, en police correctionnelle, pour contrefaçon ; intervention du neveu de la sœur de Boucheron, qui, au nom de la religion, obtient le désistement de la poursuite correctionnelle, mais demande devant le Tribunal de commerce de la Seine le retrait de « l'Elixir », moyennant quoi il consent de son côté à retirer de la circulation le « Sirop » antianémique.

Cette affaire étourdissante se compliquait d'une demande de reddition de comptes de publicité, et en 200.000 francs de dommages-intérêts, ce qui prouve que le commerce n'avait pas trop mal marché. Bref, le tribunal a débrouillé, comme il a pu, tout cet imbroglio mercantile, en interdisant la vente de « l'Elixir ».

Vengeance bizarre. Dilatation de l'intestin par insufflation d'air dans le rectum. — M. Montlahuc, commissaire de police, vient d'être appelé à faire la constatation d'un délit sortant quelque peu de l'ordinaire, mais dont les suites peuvent être très graves pour celui qui en est la victime, un ferblantier de Passy-Paris. Cet industriel, M. X..., est un rude travailleur et ses affaires seraient prospères, s'il n'était enclin à l'ivrognerie. Du 1er janvier à la Saint-Sylvestre, il ne dégrise point, au grand désespoir de sa femme, qu'il roue constamment de coups.

Lundi soir, le mari rentrait aul ogis plus ivre encore que de coutume ; en traversant son atelier, il buta contre un établi et tomba tête première sur le plancher où il resta étendu, les bras en croix. Bientôt, M. X.. ronflait à poings fermés. Sa femme put le dévêtir sans qu'il ait fait un seul mouvement.

« Allons, viens te coucher ! dit-elle à l'ivrogne, en essayant de le mettre sur ses pieds. Tu ne veux pas bouger, eh bien ! attends un peu, je vais me venger à ma façon de toutes les misères que tu m'as fait endurer. » Elle alla chercher dans un coin de l'atelier un soufflet adapté à une forge portative et, obéissant à une étrange suggestion, transforma l'outil en instrument de torture, rappelant vaguement l'ustensile que Molière fait figurer dans la cérémonie du *Malade imaginaire*.

Après quelques coups de piston, l'effet ne tarda pas à se produire. L'abdomen du ferblantier, sous la pression de l'air, se dilata de telle façon que le malheureux bien que toujours sous l'empire de l'ivresse, se mit à pousser des hurlements terribles. Effrayée par les cris de son mari, elle courut prévenir des voisins et, avec leur aide, plaça sur son lit le patient qui n'avait pu se rendre compte de ce qui s'était passé, mais souffrait horriblement.

Un médecin, requis, examina attentivement le malade. Le cas lui parut étrange : ce n'était pas de l'hydropisie, ce n'était pas davantage un empoisonnement. Ne pouvant établir un diagnostic certain, le docteur dit à Mme X...: « Je ne puis définir la nature de la maladie de votre mari; mais son indisposition me paraissant très sérieuse et d'origine suspecte, je crois devoir prévenir le commissaire de police du quartier. — N'en faites rien, Monsieur ! s'écria alors la coupable, je vais vous dire toute la vérité. » Et, sans omettre le moindre détail, elle fit alors au docteur le récit de sa vengeance. Le médecin put alors donner à M. X... les soins réclamés par son état qui reste fort inquiétant. L'air comprimé a provoqué une dilatation telle des muscles abdominaux et des intestins qu'une péritonite est à redouter.

(Progr. médic.).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapport sur l'emploi des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose. (1)

Par M. le Professeur LANDOUZY

Un rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour du IV[e] Congrès pour l'étude de la tuberculose menacerait de perdre en intérêt ce qu'il gagnerait en longueur, si, faisant pleine et entière l'histoire des médications immunisatrices antituberculeuses, ce rapport prétendait donner, dans leurs résultats pratiques, l'exposé et la critique de chacune des tentatives sérothérapiques et toxinothérapiques dirigées en tous pays contre a tuberculose.

Ne sait-on pas que la phtisie a hanté les préoccupations des premiers sérothérapeutes?

Ne sait-on pas que, depuis bientôt dix ans, pour aucune maladie, l'immunisation et l'antidotisme n'ont été plus cherchés que pour la tuberculose? Ne sait-on pas que les insuccès relatifs, loin de décourager l'ardeur des savants, l'ont singulièrement aiguillonnée? Ne sait-on pas combien se sont multipliés les travaux qui, de Héricourt et Ch. Richet à Robert Koch, ont paru sur la question?

Ne sait-on pas que, si les résultats pratiques jusqu'ici obtenus n'ont été à la hauteur ni des espérances conçues, ni des labeurs accumulés, il est sorti des recherches poursuivies dans les laboratoires comme des études faites dans les hôpitaux, tout un corps de doctrines, et toute une série d'applications qui marquent un sérieux progrès, d'autant que doctrines et applications auront encore servi à nous acheminer vers la clairvoyance des processus que la *natura medicatrix* met au service de la curation de la tuberculose.

Expériences de laboratoire et recherches cliniques s'unissent pour montrer la voie dans laquelle doit s'engager la thérapeutique pathogénique de la tuberculose ; elles sont à l'unisson quand elles comprennent comment, par la sérothérapie et la toxinothérapie, c'est-à-dire par l'apport d'humeurs microbicides et d'antitoxines — préparées, soit *in anima vili*, soit *in vitro* — elles pourront réussir l'immunisation antituberculeuse. Médecine expérimentale et médecine clinique sont à l'unisson, quand elles envisagent comme possible de microbicider, d'antidoter, d'atténuer et de guérir la tuberculose, en procurant, par des agents immunisateurs, aux malades des moyens de défense dont, livrés à leurs propres ressources et à leurs propres forces, les néotuberculeux ne disposent, ni en temps opportun, ni en qualités, ni en quantités suffisantes.

Méthodes sérothérapiques et toxinothérapiques devaient naître des découvertes de Pasteur : ne fallait-il pas, pour leur laborieux enfantement, les suggestions dans lesquelles

(1) Rapport fait au *IV[e] Congrès International pour l'étude de la tuberculose*, Paris, le 29 juillet 1898.

les vaccinations pastoriennes jetaient la pathologie tout entière, aussi bien que la thérapeutique? Ne fallait-il pas que la médecine eût d'abord été conquise aux doctrines pathogéniques, et que la curiosité des expérimentateurs aussi bien que les enquêtes des médecins fussent tournées vers le pourquoi, et surtout vers le comment des maladies ?

De la Médecine pathogénique, de la science du comment de la maladie, devait sortir la thérapeutique pathogénique, qui, par d'autres voies que celle de l'empirisme, conduirait à la découverte de nouveaux traitements spécifiques.

De la Médecine pathogénique devait sortir l'invention d'agents thérapeutique nouveaux empruntés, médiatement ou immédiatement, aux *règnes* humain, animal et microbien.

Atténuation de la maladie, arrêt de la maladie — comme dans la sérothérapie antidiphtéritique — vaccination instantanée ou prochaine, à perpétuité ou à temps ; mithridatisme ; immunisation préventive ou curative ; procédés sérothérapiques ou toxinothérapiques, toutes ces entreprises, conduites à l'aide d'agents physiologiques ou d'agent morbides, toutes ces entreprises découlaient de la Médecine pathogénique, de l'idée que nous nous faisions de la nature des maladies toxi-infectieuses.

De fait, la thérapeutique, subissant une orientation nouvelle, devenait pathogénique; de fait, la Matière Médicale se mettait à chercher ses agents ailleurs que dans les règnes végétal et minéral, pourvoyeurs attitrés de la pharmacie galéniques et de la pharmacie himique.

Voilà comment la Pharmacologie nouvelle nous apprend : à manier les virus pour en faire des vaccins ; à capter les humeurs physiologiques, malades ou savamment préparées, pour en faire des sérums ; à s'attaquer aux éléments pathogènes, aux microbes eux-mêmes, pour en retirer des antitoxines.

C'est avec les premières applications que MM. Héricourt et Ch. Richet font à la tuberculose expérimentale de leur sérothérapie, que la thérapeutique anti-tuberculeuse, quittant les errements anciens, entre dans des voies scientifiques vraiment nouvelles. C'est avec la première application du principe sur lequel est fondée la Sérothérapie, que la thérapeutique antituberculeuse, qui, d'Hippocrate à nos jours, était restée symptomatique et palliative, travaille à se faire immunisatrice, préventive aussi bien que curative.

*
* *

Il y a juste dix ans, que, de l'hémothérapie, naissait au laboratoire de Physiologie de la Faculté de médecine de Paris le principe de la sérothérapie entre les mains de MM. Héricourt et Ch. Richet. Ayant infecté des lapins avec le staphylococcus pyosepticus, MM. Héricourt et Ch. Richet réussissaient à les guérir trois fois sur quatre seulement, alors qu'ils leur faisaient une injection ultérieure de sang de chien normal ; à les guérir toujours, alors qu'ils leur injectaient du sang de chiens guéris d'une inoculation antérieure du même staphylococcus pyosepticus.

Concluant à un pouvoir microbicide de leurs injections, spéculant d'autre part sur la rareté relative de la tuberculose canine, MM. Héricourt et Ch. Richet appliquèrent leur hémothérapie à la tuberculose. Ils firent les premiers essais en injectant du sang de chien dans le péritoine de lapins inoculés avec des cultures de tuberculose aviaire. La mortalité qui fut de 55 pour 100 pour les lapins non transfusés, atteignit seulement 17 pour 100 pour les lapins traités. S'inspirant de la méthode de MM. Héricourt et Ch. Richet, MM. Bertin et Picq d'abord, puis M. Bernheim, M. Lépine, tablant sur la rareté relative de la tuberculose caprine, firent chez les animaux d'abord, chez l'homme ensuite, avec quelque succès, des injections hypodermiques et veineuses de sang de chèvres.

MM. Héricourt et Ch. Richet, gardant leur préférence à l'hémothérapie canine, amélioraient certaines tuberculoses humaines, soit par des transfusions sous-cutanées, soit en donnant aux malades des confitures faites avec du sang de chien. Cependant M. Ch. Bouchard montrait que le sérum sanguin jouit des mêmes propriétés immunisatrices que le sang tout entier, et procure identiquement les mêmes effets thérapeutiques. De ce jour, l'usage du sérum se substitue à l'emploi du sang, la Sérothérapie supplante l'hémothérapie, et c'est le sérum de chien et de chèvre qui va être l'agent médicamenteux mis au service de la tuberculose.

Pendant que la clinique n'enregistrait que des résultats décevants, on était frappé d'un fait singulièrement suggestif : tandis que le regretté Feulard obtenait par les injections d'hémocyne, chez des lupiques, des améliorations locales incontestables ; tandis que M. Pinard, de son côté, et moi, dans ma crèche, nous obtenions des effets généraux, remarquables chez des enfants nés de mères tuberculeuses, chez des bébés atteints de débilité congénitale, entachés d'hérédo-tuberculose atypique dystrophiante ; on était, dis-je, frappé de ce fait très important que les tuberculeux pulmonaires ne semblent guère bénéficier des injections d'hémocyne plus qu'ils ne bénéficiaient des injections de sérum artificiel, les unes et les autres paraissant tout au plus réconforter les malades.

Ce que nous savons actuellement des processus d'immunisation permet d'interpréter es échecs de la sérothérapie antituberculeuse, telle qu'elle fut réalisée à ses débuts. C'est qu'on spéculait gratuitement sur l'état réfractaire supposé du chien et de la chèvre. Contrairement à ce qu'on pensait de l'immunité du chien et de la chèvre vis-à-vis de la tuberculose, l'état réfractaire des animaux qui, successivement, ont servi d'agents sérumifères n'est absolument que relatif : la contagiosité comme l'inoculabilité tuberculeuse des animaux sont pure affaire de nuance. *Non facit saltus*, peut-on dire de la tuberculose elle s'attaque à toutes les espèces animales : il y a là simplement une question de degrés allant du fort au faible, allant de la vache, du cobaye, du lapin, au chien, à la chèvre, l'âne, aux gallinacés et aux poissons.

C'était donc, en fait, sans qu'on s'en rendit compte, procéder par la sérothérapie physiologique que d'injecter, soit chez les animaux, soit chez l'homme, de l'hémocyne ou du sérum canin. Pour aboutir à une véritable sérothérapie antituberculeuse il fallait au préalable trouver moyen de préparer un sérum vraiment antituberculeux ; pour cela, il fallait trouver au préalable un moyen de vacciner sûrement les animaux contre la tuberculose.

Pour ce, il eût fallu que MM. Héricourt et Ch. Richet ne quittâssent pas la piste heureuse qui les avait conduits à sauver toujours leurs lapins inoculés de staphylocoques au moyen d'injections de sérum prélevé sur des chiens préalablement guéris de la même infection.

Pour ce, il fallait s'inspirer des travaux de Behring et de Kitasato sur la diphtérie et le tétanos, qui, en 1890, démontraient que le sang d'animaux vaccinés contre les bacilles de Lœffler ou contre les bacilles de Nicolaïer, peut singulièrement neutraliser les poisons produits par ces microbes.

C'est ce que tentèrent pour la tuberculose, avec des variantes dans la technique, et des fortunes diverses dans les résultats, MM. Grancher et Ledoux-Lebard, MM. H. Martin et Grancher.

C'est à de semblables procédés que recouraient les auteurs qui, à l'envi, se proposaient de donner aux animaux qu'ils voulaient rendre sérumifères des qualités immunisantes :

ces procédés d'immunisation recherchés et mis en œuvre, pour très complexes et variés qu'ils soient, relèvent de trois méthodes. La première emploie des cultures vivantes de bacilles de Koch ; la seconde emploie des cultures stérilisées ; la troisième emploie les produits solubles combinés avec les cultures vivantes.

A la première méthode ressortissent les travaux de MM. Héricourt et Richet qui se servent de sérum provenant d'animaux inoculés, soit avec la tuberculose aviaire, soit avec la tuberculose humaine. Le sérum ainsi préparé donne, entre leurs mains comme dans celles de MM. Redon et Chenot, certains résultats encourageants, parmi lesquels les plus manifestes sont ceux que MM. Broca et Charrin obtiennent chez des malades atteints de lupus ou d'ulcérations fongueuses tuberculeuses chirurgicales.

A la seconde méthode, qui s'inspirait surtout de ce principe, que la présence d'un poison directement injecté à l'animal suscite dans son organisme une réaction aboutissant à la production d'antitoxine, ressortit toute une série de travaux, qui servent à mettre en évidence ce fait, qu'une manière d'antitoxine est fabriquée dans le sang des animaux, très divers, qu'on inocule avec des cultures stérilisées, avec des extraits tuberculeux ou avec la toxine tuberculeuse.

C'est ce qui résulte des recherches de MM. Héricourt et Ch. Richet, de M. Boinet, de MM. Behring, Wernicke et Knorr ; c'est ce qui résulte notamment des expériences de Nieman, qui, injectant des doses croissantes d'une manière d'extrait alcoolique de tuberculine à des cobayes, à des chiens, à des chèvres, à des hérissons et à des rats blancs, obtient de ces animaux un sérum qui lui permet de faire survivre pendant cinquante à soixante-dix jours des cobayes victimes d'inoculations virulentes.

Opérant, dans le même ordres d'idées, avec des cultures simplement filtrées, M. Bernheim parvient à sauver près de la moitié des animaux traités ; opérant avec des bacilles, tués par un chauffage à 100° pendant 20 minutes, qu'ils injectent à des moutons, Maffucci et di Vestea tirent de ces moutons un sérum capable d'atténuer *in vitro* la virulence des bacilles de Koch vivants, si bien que des cobayes inoculés avec le mélange meurent plus lentement que ceux qui ont reçu les bacilles seuls, ou ceux qui reçoivent séparément les bacilles et le sérum.

C'est à la méthode mixte, qu'en dernier lieu, recouraient MM. Babès et Proca, en préparant les sérums par injections et inoculations de chiens, de lapins, de cobayes et de vaches. A leurs animaux injectés d'abord avec de la tuberculine aviaire et la tuberline humaine, ils inoculaient successivement de la tuberculose aviaire et de la tuberculose humaine. Avec le sérum ainsi longuement préparé, MM. Babès et Proca sont parvenus à prévenir et à guérir la tuberculose du lapin et du cobaye, et ont obtenu des améliorations appréciables en matière de tuberculose humaine, améliorations surtout manifestes pour des tuberculoses cutanées, pour des lupus.

On remarquera que, pour parvenir aux derniers résultats encourageants que je viens de relater, il avait fallu recourir à une tout autre sérothérapie qu'à celle dont se servaient les inventeurs de la méthode. On remarquera que les résultats paraissent d'autant moins précaires qu'on s'éloigne davantage de la méthode première, et que les procédés sérothérapiques se doublent de manœuvres toxinifères. C'est qu'on inocule aux animaux qu'on veut rendre sérumifères des matières bactériennes. C'est que la sérothérapie qui s'annonce nouvellement efficace a pris contact avec la microbiothérapie, avec la toxinothérapie. C'est

que ses effets sont liés aux imprégnations toxiques nouvelles. On remarque que certains des résultats indéniables fournis par la sérothérapie, nouvelle manière, au lieu d'être l'œuvre de sérums physiologiques, sont l'œuvre de sérums empruntés à des humeurs qui sont l'aboutissant et la somme de toute une série de réactions produites *sur* l'animal et *par* l'animal sérumifère, au contact des substances virulentes et toxiques inoculées. C'est que l'animal, en passe de devenir sérumifère, est en gestation d'un humorisme et d'un dynamisme nouveaux d'où sortira sa propre immunisation. C'est que l'animal n'aura la vie sauve, c'est que ses humeurs n'auront les qualités vaccinantes qu'autant qu'il aura été capable, par la qualité de ses constituants organiques et dynamiques excités au contact des matières inoculées, de secréter des substances microbicides ou antitoxiques, qui feront de sa crase sanguine un milieu délétère pour le microbe ou neutralisateur pour ses toxines. C'est que les découvertes de Metchnikoff, comme les travaux de M. Bouchard et de ses élèves, ont montré qu'un organisme n'est capable de conquérir l'immunité qu'après avoir mis, au service de sa propre défense, la somme des activités cellulaires et des fonctions phagocytaires en lesquelles se résout l'humorisme.

C'est à réussir ce mécanisme, grâce aux suggestions de Bactériothérapie que leur apportait Koch avec la préparation de son extrait glycériné baccillaire ; c est à réussir ce mécanisme que travaillaient d'abord le professeur Maragliano, et tout récemment Behring.

Avec l'invention de sa lymphe, Koch apportait à la pharmacodynamie des ressources nouvelles qui ouvraient la voie aux réussites d'immunisation préventive antituberculeuse. Koch, par la Bactériothérapie, arrivait à la Toxinothérapie qu'il pensait devoir lui donner directement, sans sérothérapie, le remède de la tuberculose.

∴

La toxinothérapie tuberculeuse date de 1890, du jour où Koch faisait à la tuberculose application d'une méthode générale d'immunisation par injection de matières vaccinantes d'origine microbienne, méthode générale due au génie de Pasteur et de Toussaint. L'intuition de Koch était merveilleuse, son idée allait ouvrir le champ à d'autres thérapeutiques qu'à la phtisiothérapie ; aussi la lymphe de Koch, en dépit de ses insuccès en tant que *remède* de la tuberculose, mérite-t-elle d'être considérée comme une des inventions les plus puissantes de la médecine moderne.

Avec Koch que n'avait su conquérir la Sérothérapie, se posait la question doctrinale et pratique du traitement de la phtisie par les toxines mêmes de la tuberculose, par la lymphe qu'il obtenait en « concentrant par évaporation une culture de bacilles tuberculeux sur milieu liquide glycériné et peptonisé ». C'était bien à la Bactériothérapie et à la Toxinothérapie que visait Koch, puisqu'il mettait au service de la Médecine un agent emprunté à la Matière Médicale microbienne, une substance extraite par la glycérine du corps des bacilles morts, tout comme la vieille pharmacopée utilisait à fins médicamenteuses, les propriétés toxiques de certaines plantes médicinales, sous forme d'extraits aqueux ou alcooliques.

Koch n'avait pas seulement été conduit à son invention par les suggestions doctrinales des vaccinations de Pasteur et de Toussaint, dont je parlais tout à l'heure : il avait été dirigé par cette remarque, que des injections faites à des cobayes sains, de cultures mortes du bacille de la tuberculose s'étaient montré absolument différentes suivant qu'elles étaient poussées, ou bien sous la peau, ou bien dans la cavité péritonéale.

Dans le premier cas, elles provoquaient, *in situ*, une suppuration et un ulcère spécifique ; dans le second cas, elles étaient absorbées et déterminaient un certain degré d'immunité. Koch interprétait ces effets si différents en imaginant que, par contact avec les cadavres bacillaires, les humeurs organiques des cobayes extrayaient du corps même des bacilles une substance soluble immunisante, mais qui ne devait pas être la seule puisque la somme des phénomènes inflammatoires et des accidents observés était supérieure à la somme des résultats d'atténuation. C'est que, pensait-il, à côté de la substance solubilisée, immunisante, se trouvait une substance peu soluble, pyogène?

C'est alors que, se servant des propriétés extractives de la glycérine, le professeur de Berlin songea à extraire, artificiellement, du corps des bacilles, la substance active. C'est ainsi que, *in vitro*, fut fabriquée la lymphe de Koch ou *ancienne* tuberculine, liquide brunâtre et clair, contenant, outre le principe spécifiquement actif, tous les autres principes solubles à chaud dans une solution de glycérine à 40 pour 100, à savoir : des sels minéraux, des matières colorantes et des substances extractives indéterminées, le principe actif ne s'y trouvant qu'en quantité très faible, évaluée par son inventeur à 1 pour 100.

On sait les effets que provoque chez les tuberculeux l'injection hypodermique de la lymphe de Koch, effets généraux et locaux trop connus pour qu'il soit utile de les rappeler ici. Koch comptait sur l'apport des effets nécrosants de sa lymphe pour frapper à mort les tissus tuberculeux, pour permettre leur élimination, et faire, en un même temps, avec l'exode des tissus malades, l'exode des bacilles qu'ils contenaient ! Le tort de la lymphe fut de se montrer aussi faiblement immunisatrice qu'elle se montrait fortement nécrosante, si bien que, par ses effets, on courut à des congestions locales désastreuses, et parfois à des poussées tuberculeuses aiguës qui, tout d'un coup, faisaient d'une tuberculose torpide une phtisie rapide. C'est pourquoi la lymphe de Koch, comme remède de la tuberculose, connut la décadence au surlendemain de sa grandeur.

Si les inconvénients de l'extrait-glycériné de tuberculine se montrèrent de beaucoup supérieurs à ses avantages, c'est qu'apparemment Koch, par ses premières recherches pharmacodynamiques, n'était parvenu qu'à extraire une partie seulement des principes actifs du protoplasma bacillaire. C'est que Koch n'avait pu réaliser la dissociation des principes actifs nombreux, qui se trouvent d'ordinaire mélangés dans les agents de la Matière Médicale, que ces agents soient empruntés aussi bien à la Matière Médicale microbienne qu'à la Matière Médicale végétale, minérale et animale. N'y a-t il pas longtemps déjà, que deux maîtres de l'Ecole française, le professeur Arloing et le professeur Bouchard, ont montré qu'il fallait, parmi les produits solubles microbiens, distinguer : des substances vaccinantes, des substances non vaccinantes, toutes substances qui peuvent exister séparément ou mélangées en proportions variables dans les cultures?

Pendant que la lymphe de Koch était, comme remède, presque universellement abandonnée, pendant que, délaissée par les thérapeutes, elle devenait entre les mains de la généralité des vétérinaires d'abord, entre les mains de quelques rares médecins ensuite, un agent de diagnostic précoce de la tuberculose, que les Maîtres de la Vétérinaire de tous les pays, spécialement le professeur Nocard, en France, mettaient, par la police sanitaire, au service de la fortune des éleveurs et de la prophylaxie anti-tuberculeuse alimentaire ; pendant que la Thérapeutique se désintéressait du remède de Koch, son inventeur s'ingéniait à dissocier les constituants de sa tuberculine aussi bien qu'à la purifier. C'est à ce resultat qu'il parvint, en s'adressant à l'alcool absolu, puis à l'alcool faible à 60°, avec lequel il nous procura une tuberculine qui, en dépit de sa purification, ne donna pas meilleurs effets thérapeutiques que son aînée. C'est dans le même esprit que par des procédés différent

travaillèrent Klebs, à Vienne, W. Hunter, à Londres, récemment le professeur J. Hischsfelder, à San Francisco, et tout dernièrement Kimla, Poupé et Vezely, à Prague.

C'est au cours de ces recherches ininterrompues depuis 1890, que Koch, à la suite de manipulations qui rappellent d'assez près celles qu'emploie la pharmacie galénique pour la préparation des extraits végétaux, découvrit trois nouvelles variétés de tuberculine. La première TA, extrait de cultures pures de bacilles tuberculeux, obtenu à l'aide d'une solution de soude caustique à 10 pour 100; elle provoque, à petites doses, des réactions semblables à l'ancienne tuberculine, avec cette différence que ces réactions sont plus prolongées et plus constantes. Ses inconvénients sont, qu'à une certaine dose, elle donne des abcès qui seraient dus, au dire de Koch, « aux bacilles tuberculeux morts, parce que les tissus sous-cutanés ne peuvent avoir raison que d'une petite quantité de cadavres bacillaires, et ne peuvent lutter avec eux lorsqu'ils sont trop nombreux, l'organisme n'étant pas immunisé. »

Pour arriver à cette immunisation, il fallait trouver moyen de rendre absorbables les bacilles qu'une enveloppe d'acide gras protège contre la pénétration par les humeurs organiques.

Koch y réussit d'abord par trituration de cultures desséchées dans le vide à l'aide d'un pilon d'agate dans un mortier d'agate; puis (pour éliminer les bacilles encore intacts) par émulsion du résidu avec l'eau stérilisée et centrifugation à la machine.

La centrifugation donne deux couches : l'une, supérieure, est la tuberculine T O, l'autre, inférieure, adhérente au vase, est la tuberculine résiduelle, la tuberculine T R.

Pour sortir d'une seule et même centrifugation TO et TR révèlent leur spécificité distincte par des propriétés particulières. TO qui n'est pas modifiée par la glycérine à 50 pour 100 contient surtout les parties constituantes des bacilles tuberculeux, lesquelles sont insolubles dans la glycérine; c'est T R qui, à cause même de cette propriété vis-à-vis de la glycérine, renferme les éléments immunisants, restés adhérents aux bacilles.

C'est cette tuberculine résiduelle qu'on désigne, communément, sous le vocable : *Nouvelle tuberculine.* Etudiée expérimentalement et cliniquement, elle a donné à Koch des résultats qu'il a exposés l'an dernier en deux séries :

Première série : *immunisation préventive des animaux* par injections de « doses auss élevées que possible » de tuberculine, en commençant par 2 à 3 miligrammes; toutes les expériences démontraient un certain degré d'immunisation;

Deuxième série : *Infection préalable de cobayes par des cultures virulentes de tuberculose.* Le traitement, commencé huit ou quinze jours au plus tard par T R, a toujours donné des modifications régressives plus ou moins avancées dans les organes primitivement atteints.

. . .

De même que certaines des prémisses expérimentales de Koch étaient contredites par quelques travaux parus, les uns en Allemagne, les autres en France, notamment ceux d'Arloing, ceux de Letulle et Péron, la plupart des résultats thérapeutiques étaient controuvés.

L'idéal de Koch, en mettant, en mars 1897, sa *nouvelle* tuberculine en circulation, était, par la Toxinothérapie, de fournir à la Matière Médicale un agent, qui riche en principes immunisants et curateurs fût pauvre en principes pyrétogènes, puisqu'on semblait devoir attribuer à ces derniers principes la nocuité de l'ancienne tuberculine.

La tuberculine T R devait procurer des effets bienfaisants sans symptômes de réaction,

sans fièvre, l'immunisation devant s'établir sans réaction appréciable, et cela si bien que Koch recommande « d'augmenter très lentement les doses de façon à éviter, autant que possible, toute élévation de température dépassant 1°. Lorsqu'une ascension thermique s'effectue à la suite d'une injection, il faut attendre que la température soit revenue à son niveau normal avant de procéder à l'injection suivante. »

Les conditions restreintes dans le temps et dans la quantité de T R dont ont disposé ceux des cliniciens qui l'ont essayée, imposent les plus extrêmes réserves dans le jugement à porter sur sa valeur thérapeutique. Les échantillons qui m'ont servi à traiter six malades, trois hommes et trois femmes, ne m'ont permis d'arriver qu'à cette conclusion : c'est que la tuberculine T R, si elle ne m'a pas donné de résultats dont l'amélioration générale ou locale des tuberculeux ait pu témoigner, elle n'a par contre, apporté avec elle aucune action nocive.

C'est à cette conclusion, la non-nocivité du produit, que se sont arrêtés, je crois, les médecins assez peu nombreux qui, chez nous, ont essayé en clinique humaine la T R, après avoir, du reste, été mal impressionnés par la manière dont se présentaient les premiers échantillons. Ce sont ces conditions défectueuses qui avaient mérité les très justes critiques que formulait, à l'Académie de médecine, mon confrère Nocard, alors que, parlant au nom de la Commission *des serums et des produits microbiens*, il disait : « Les échantillons du nouveau produit que nous avons examinés étaient troubles et les examens microscopiques y montraient, en quantité notable, des bactéries et des levures ; ces organismes ne nous ont pas paru pathogènes ; mais si le mode de fabrication permet la pénétration de microbes non pathogènes; quelle garantie offre-t-il contre ceux qui sont plus dangereux? Et, d'autre part, si ces organismes ne présentent aucun danger pour le malade, sous la peau duquel on les injecterait, ne peuvent-ils détruire ou modifier la substance active du produit qui leur a servi de culture? »

Pour une infinité de raisons, les unes inhérentes à ce fait que l'agent thérapeutique est apparu trop récemment en clinique : les autres inhérentes à ce fait, que le produit, pour avoir même origine et même marque de fabrique, n'a pas été constamment le même puisque, aux derniers jours, il nous est parvenu débarrassé des impuretés qui lui avaient valu de justes critiques; d'autres raisons, enfin, inhérentes à ce fait que toute médication antituberculeuse ne peut prétendre à être jugée qu'après avoir produit à son actif nombre d'observations patiemment prises, minutieusement cataloguées suivant chacune des espèces et des formes de la tuberculose, observations scrupuleusement suivies, les malades restant l'objet d'examens enquêteurs répétés à longs délais; ces dernières conditions n'ayant naturellement pu être réalisées pour l'appréciation équitable de T R, dont l'usage thérapeutique date de quinze mois à peine ; toutes ces raisons expliquent que T R n'ait pas conquis la confiance des médecins.

Mes remarques n'ont pas l'intention de préjuger définitivement de la valeur thérapeutique de T R: elles veulent dire seulement que Koch, nous ayant lui-même prévenu que sa nouvelle tuberculine ne donnerait vraiment de bons résultats que sur les formes moyennes, pas trop avancées, non fébriles, de la tuberculose, s'appliquerait plutôt aux tuberculeux qu'aux phtisiques, nous ne devons pas oublier — avant de mettre à l'actif de T R certaines des améliorations qu'elle paraît avoir procurées — que, tous les jours, dans les tuberculoses du premier et du second degré, nous observons, tant dans les symptômes locaux que dans les phénomènes généraux , des changements, des améliorations, des répits, des sommeils, des extinctions complètes, et cela, aussi bien alors que nous avons en œuvre la meilleure de nos médications symptômatiques, qu'alors même, parfois, que de guerre lasse, nous nous en sommes tenus à un minimum de thérapeutique médicamen-

teuse palliative ; sans parler encore, des guérisons auxquelles s'amènent certaines tuberculoses de toutes formes et de tous degrés, par la seule résistance du malade bien servie par la Phagothérapie et l'Aérothérapie.

De l'enquête à laquelle je me suis livré pour tâcher de connaître l'appréciation qui ne avait été faite, en Allemagne notamment, où T R a rallié plus de contempteurs que d'approbateurs, le camp des médecins qui n'en veulent pas faire usage, tels Schrœde, Zimmsen-Jey, Soudwitch, Javenne, Kernig, Senator, Leyden, est plus fourni que ne sont nombreux les partisans avérés, Baudach, Splenger, Peters, Petrushky, Dauriac, et les médecins qui déclarent — attendant un jugement mieux informé — se réserver, tels Bussenius Schultze, Wœner et Leick à l'étranger, en France Desplats et son élève Bosquier, Letulle et Peron.

C'est dans ce sens d'extrêmes réserves que concluaient hier encore MM. Jaboulaye et Leclerc de Lyon, qui, après avoir essayé T R dans 8 cas de tuberculoses chirurgicales et pulmonaires, déclarent que pour être infiniment plus maniable et n'avoir pas les dangers de la lymphe, la nouvelle tuberculine « ne possède pas non plus les propriétés curatrices que lui ont attribué Koch et quelques-uns des médecins qui l'ont expérimentée. »

S'il fallait absolument d'ores et déjà, en dépit des réserves d'ordre général que j'ai fait valoir plus haut, s'il fallait absolument donner, en matière de T R, des conclusions, je dirais que, des divers procédés toxinothérapiques mis au service de la cure des tuberculoses, tant générales que locales, soit à titre de moyen principal, soit à titre de moyen adjuvant, T R est peut-être celui qui est resté le moins en deçà des résultats promis, puisque, employée dans les espèces recommandées par Koch, la nouvelle tuberculine s'est montrée sans aucune nocuité ; puisque, si elle est restée sans effets chez les phtisiques fébriles, avancés, en proie aux associations microbiennes mixtes, elle a montré qu'elle n'était pas toujours sans quelque effet général (accroissement de poids, réveil de l'appétit, diminution des sueurs, etc.), ni sans quelque effet local (diminution de la dyspnée, de la toux, diminution des signes de ramollissement, disparition notable ou complète des signes de bronchite, diminution de l'expectoration, diminution des bacilles), tous effets qui nous invitent à différer notre jugement.

Il semblerait à bien analyser les observations des partisans de la méthode qui l'ont longuement mise en usage, que T R puisse prétendre à la qualité d'adjuvant à donner aux tuberculeux, pour les placer dans les meilleures conditions de réactions spécifiques vis-à-vis de leur toxi-infection.

Parmi les témoignages cliniques les plus favorables, sans me reporter à la série merveilleuse des succès de M. Dauriac, j'invoquerai la pratique de Peters, médecin à Davos, fort de l'observation longuement suivie de vingt malades, qui présentant, sans fièvre, tous les stades de la phtisie, ont montré une amélioration « surprenante », qu'ils n'avaient pas réalisée en passant de longs mois dans les hautes montagnes. Baudach, directeur du sanatorium de Schœmberg, conclut du traitement longuement suivi sur 32 malades : « les essais par la nouvelle tuberculine ont produit de bons effets ; dans nombre de cas, il est hors de doute qu'une amélioration a reçu une rapide impulsion sous l'influence des injections. « Spengler, également placé à la tête d'un sanatorium, dit : « n'avoir eu que des résultats satisfaisants dans les cas bien choisis et considère le traitement par T R comme très précieux. »

Parmi les observations les meilleures, parce qu'elles ont trait à des malades observés pendant très longtemps et traités par étapes, un fait de la pratique de Petruschky mérite d'être relaté. Il soigne un tuberculeux, non sans de bons résultats, d'abord en 1894, avec

la tuberculine A : il le traite ensuite avec la tuberculine résiduelle, de décembre 1895, à février 1896. En mars 1896, le malade prend la grippe, qui n'influence en quoi que ce soit sa tuberculose, contrairement à ce que, d'ordinaire, nous voyons chez les phtisiques ; en juin, injections de T R. En septembre 1896, le malade toussant, en dépit que son état général ne change pas, et se remettant à tousser en février 1897, on pratique, en 1897, à titre diagnostique, des injections d'ancienne tuberculine : 5, 10, jusqu'à 15 milligrammes sont injectés sans réaction. En juin 1897, Petruschky, examinant le malade avec un de ses confrères, ne trouve pas trace de râles : la respiration est normale et également forte aux deux poumons ; pas de diminution de la sonorité, sauf peut-être du côté gauche.

* * *

Si, toutes observations bien analysées, il semble que, jusqu'à plus ample informé, on puisse reconnaître à T R, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, un faible rôle d'adjuvance, il apparaît qu'un consensus unanime lui donne une place meilleure dans la thérapeutique spéciale des tuberculoses cutanées, ce à quoi il fallait s'attendre après ce que nous savions déjà avoir donné dans ce sens la sérothérapie ancienne aussi bien que la toxinothérapie streptococcique.

On connait les essais toxinothérapiques antituberculeux faits par MM. Hallopeau et Roger, inspirés, pour leur médication nouvelle, de cette remarque de la vieille médecine qu'un érysipèle intercurrent a pu, parfois, guérir diverses affections cutanées rebelles, telles que les scrofulides, telles que les lupus. C'était bien à imprégner *in situ* leurs lupiques de poisons et de microbes streptococciques que Roger et Hallopeau s'ingéniaient puisque, dans la première série de leurs recherches, ils se servaient de cultures de streptocoques, maintenues pendant quinze jours à l'étuve, puis évaporées au bain-marie au 1/6 de leur volume primitif, chauffées enfin pendant quinze minutes à l'autoclave à 110°, mais non filtrées. Le liquide obtenu renfermait par conséquent à la fois les toxines modifiées par la chaleur et les cadavres microbiens : dans l'espèce, la Matière Médicale était toute microbienne, puisque c'était le streptocoque, qui servait, tant par ses toxines que par son protoplasma d'agent thérapeutique. La médication de Roger et d'Hallopeau était faite autant de Toxinothérapie que de Microbithérapie, puisque l'agent de Matière Médicale par eux employé était représenté autant par les sécrétions bactériennes que par les cadavres microbiens eux-mêmes.

L'expérimentation sur les animaux ayant démontré à MM. Roger et Hallopeau que l'injection de leur produit était inoffensive, ils essayèrent son action sur 7 femmes atteintes de lupus, en l'injectant au niveau des régions malades, dans l'épaisseur même du derme. Commençant par V ou VI gouttes, ils montèrent progressivement à XXX gouttes dans les cas où la sensibilité du sujet n'était pas trop grande.

Ces injections déterminaient une réaction locale assez forte, consistant en une tuméfaction souvent étendue, mais disparaissant en vingt quatre à quarante-huit heures. Les phénomènes généraux tels que courbature, malaise avaient été peu marqués : il n'y avait pas eu de fièvre.

Dans une deuxième série de recherches, les mêmes auteurs ont employé les cultures streptococciques associées aux cultures stérilisées du *bacillus prodigiosus*. Quatre malades ont été injectées avec ce mélange ; elles en ont reçu d'abord III gouttes qui déterminèrent toute une série d'accidents aigus de courte durée : frissons, refroidissement, accélération du pouls, hyperthermie, nausées, vomissements, diarrhée ; la seconde injection fut de

II gouttes seulement, puis l'accoutumance ayant été obtenue, l'injection monta jusqu'à VI gouttes. Les résultats furent que 7 malads injectées, une seule a été presque complètement guérie ; 2 ont été notablement améliorées ; 4 n'ont été influencées ni en bien ni en mal.

Les meilleurs effets ont été obtenus chez les sujets jeunes et chez ceux qui avaient un lupus à nodules végétants, fongueux, avec ulcérations étendues et profondes. Au contraire, le résultat fut médiocre ou même nul dans les cas où la sclérose dominait et où l'on ne voyait que des tubercules enchassés dans un tissu cicatriciel ; comme si les toxines avaient porté leur action non sur le microbe, mais sur l'organisme, stimulant sa puissance réactionnelle, et provoquant, au point malade, un afflux de sérum et de leucocytes qui venaient lutter contre les bacilles et contre le tissu morbide développé sous leur influence.

Les améliorations que donnait déjà la toxinothérapie streptococcique entre les mains de MM. Hallopeau et Roger sont comparables à celles obtenues par la nouvelle tuberculine en matière de tuberculoses cutanées.

De nombreuses observations, dues à Lassar, Bussénius, Wœrner, Sœligmann, Morris et Whitfield, Doutrelepont, Baudach, Van Hoorn, dans lesquelles (tuberculoses cutanées, soit lupus tubéreux francs, soit lupus fongueux), furent faites des injections de 0,02 m. m., de 0,04 m. m., et de 3 cinquièmes de milligrammes, ont montré l'influence si heureusement modifiante de T R dans la phtisie cutanée que dans leurs conclusions les dermatologistes allemands et anglais recommandent de continuer les essais de la nouvelle médication.

En somme la Toxinothérapie appliquée par Koch à la tuberculose ne s'est guère révélée immunisatrice ; aussi je me trouve autorisé, en matière de médications par T R., à reproduire le jugement de Behring, qui tout récemment, a dit : « On ne peut encore tirer de conclusion définitive sur le traitement de la tuberculose humaine, par la tuberculine de Koch. »

Toutes ces réserves entendues, il faut reconnaître que la dernière invention de Koch n'en marque pas moins un progrès sérieux en Toxinothérapie.

Par son nouveau mode de préparation des toxines tuberculeuses, le professeur de Berlin a réussi à extraire des corps bacillaires une toxine résiduelle, dont il a su séparer les substances qui, rendant si dangereuses les réactions de sa lymphe, avaient fait rejeter celle-ci comme remède de la tuberculose.

Il m'apparaît qu'avec T R, la Matière Médicale dispose de la moins nocive et d'une des plus puissantes des toxines tuberculeuses jusqu'ici extraites des cellules bacillaires. A la Pharmacologie de travailler cet agent pour que, immédiatement ou médiatement, puissent en bénéficier les médications anti-tuberculeuses. C'est ce qu'a voulu réussir M. Hirschfelder qui, suggestionné par l'observation dans laquelle on vit rétrocéder et guérir une péritonite tuberculeuse, laparatomisée par Spencer-Wells, a pensé pouvoir rendre moins nocive la tuberculine, en cherchant artificiellement à la soumettre à certaines des conditions qui, suivant le professeur A. Gautier, semblent déterminer la destruction des toxines dans l'organisme. M. Hirschfelder, en oxydant un extrait de bacilles de Koch, serait parvenu à le modifier de telle façon qu'il n'occasionnât plus les troubles locaux et les réactions générales que nous savons être spécifiques de la tuberculine de Koch.

Pour préparer l'Oxytuberculine, on met une culture virulente de bacilles tuberculeux aux contact d'une quantité de peroxyde d'hydrogène, telle qu'ajoutée, à dix reprises successives, chaque douze heures, elle double le volume primitif.

Mondielli, injectant à des chiens tuberculeux et normaux des doses considérables de cette Oxytuberculine, n'a pu produire, chez ces animaux, ni trouble physiologique, ni trouble organique. Par ce côté, l'Oxytuberculine se différencie de T. R.; elle s'en rapproche au contraire par ce fait, qu'ajoutée aux cultures bacillaires, l'Oxytuberculine, comme la Tuberculine T. R., arrête leur développement d'autant mieux qu'on la mêle aux cultures en proportion plus grande. Les faits expérimentaux aussi bien que l'observation de soixante-dix malades s'accordent pour établir : d'abord la parfaite innocuité de l'Oxytuberculine; ensuite, de fort appréciables modifications tant locales que générales. De la fabrication de son Oxytuberculine qu'il fait en ce moment à l'Institut Pasteur, M. Hirschfelder attend un produit qu'il veut soumettre à de minutieux contrôles chez l'animal et chez l'homme. Le professeur Hirschfelder réclame lui-même pour que le jugement à porter sur son Oxytuberculine ne soit rendu qu'après de très longs délais; eux seuls permettront de se prononcer sur la valeur du nouveau remède.

Ce que nous savons des principes de la Bactériothérapie et de le Toxinothérapie, aussi bien que de la philosophie de la Sérothérapie, nous fait augurer que si la Toxinothérapie de la tuberculose, livrée à elle-même, et par elle-même, n'a connu que des succès douteux, c'est peut-être que la voie dans laquelle elle s'est engagée, pour être la plus droite, n'était pas la meilleure. A la pharmacologie de s'ingénier à utiliser directement les toxines pour mithridatiser les animaux qui, après avoir gagné, à leur contact, les propriétés immunisatrices et curatives, et devenus sérumifères, serviront la Sérothérapie.

Ce que n'a pu réussir l'emploi immédiat de T. R., son emploi *médiat* pourrait bien le réaliser? Il semble qu'il y ait tout un avenir thérapeutique dans la combinaison des procédés toxinothérapiques avec les méthodes sérothérapiques.

T. R. apparaît une des meilleures toxines mises jusqu'à ce jour à la disposition de la Pharmacologie, qui devra la manutentionner *in anima vili*.

Il est vraisemblable, que, par une variante infinie dans les techniques employées, aussi bien que dans le choix des espèces inoculées, les animaux arriveront au mithridatisme, par l'effort de leur organisme pour réagir contre la tuberculine injectée. Ainsi employée *médiatement*, T. R., mise au contact d'humeurs organiques, arriverait à fabriquer l'antitoxine tuberculeuse, tout comme l'inoculation de cultures de bacilles de Lœffler contraint les chevaux à fabriquer l'antidiphtérine.

Ainsi employée, et par le long détour que je viens de dire, T. R. pourrait forcer les animaux à fabriquer des humeurs douées de propriétés immunisatrices et curatives dont la sérothérapie antituberculeuse tirerait profit.

C'est dans ce sens que parlent les premiers succès obtenus par le professeur Maragliano, dès le jour où il avait fabriqué le sérum dont il annonçait au Congrès de Bordeaux l'invention, et dont il faisait plus tard connaître les principes dans sa communication au journal *La Presse Médicale*, le 10 juin 1896.

(*A suivre.*)

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Pathologie et traitement de la chlorose et de l'anémie. (*Deutsche med.-Zeitung*, 16 juin 1898). — BUXBAUM, assistant de Winternitz, rappelle que ce dernier a démontré que des excitations thermiques rapides et énergiques provoquent une augmentation de la teneur en hémoglobine et du poids spécifique du sang. Il ne faudrait pas chercher, dans la seule diminution de la teneur en fer, la cause de la chlorose et de l'anémie : dans la plupart des cas, il existe une distribution irrégulière de l'irrigation sanguine, par suite de modifications dans les actions mécaniques qui déterminent la circulation du sang. Dans l'entéroptose par exemple, l'hyperémie veineuse passive, consécutive à la diminution de la tonicité vasculaire, provoque un état anémique, sans que pour cela l'état chimique du liquide sanguin soit grandement modifié. Il ne faut pas non plus oublier que chez ces malades la réduction au minimum du péristaltisme favorise encore la stase veineuse intra-abdominale.

Pour obtenir une contraction énergique des vaisseaux intra-abdominaux, il suffit d'exciter leur tonicité par des bains de siège froids d'une certaine durée. Les recherches sur la teneur en hémoglobine à la suite de ces bains ont démontré à l'auteur qu'un bain d'une durée de 5 minutes augmente le nombre des hématies et leur teneur en hémoglobine : si le bain dure 10 minutes, l'effet inverse se produit chez les entéroptosiques alors que l'effet primitif se continue chez les sujets bien portants. L'auteur, supposant que la faiblesse du péristaltisme jouait un rôle important dans les résultats observés chez les entéroptosiques, s'ingénia à exciter chez ces malades le péristaltisme par l'emploi de bains de siège froids de courte durée, de demi-bains avec affusions à haute pression sur l'abdomen, de douches en pluie, combinées à une douche en jet sur l'abdomen. Les résultats obtenus furent de tous points remarquables, et le convainquirent de la réalité du fait énoncé plus haut, à savoir que chez l'entéroptosique, l'anémie est causée par la stase veineuse abdominale, et qu'en combattant cette dernière, on fait disparaître l'anémie.

E. VOGT.

Traitement de la goutte, par G. LEMOINE. (*Nord Médical*, nº 89, p. 136, 1898.) — Deux médicaments peuvent enrayer l'accès de goutte aiguë : le colchique et le salicylate de soude. Le colchique est contre-indiqué seulement chez les goutteux dont la myocarde est altéré ou qui ont déjà présenté des manifestations urémiques ou pseudo-urémiques. La teinture de semences est la préparation la plus facile à manier, celle par conséquent qui doit être employée de préférence. Le premier jour, Lemoine prescrit 30 gouttes en 3 prises, espacées de huit heures en huit heures ; le second jour 20, le troisième jour 10.

Le salicylate réussit bien, quoique moins rapidement ; on le donne à la dose de 6 gr. le premier jour ; 4 gr. le second, troisième et quatrième ; on ne diminuera la dose à 2 ou 3 gr. que quelques jours après, lorsque la crise est en décroissance. Les doses assez fortes de salicylate sont bien supportées à la condition que le malade soit mis au régime lacté absolu.

L'antipyrine réussit parfois dans les accès très douloureux où la réaction nerveuse est plus intense que ne semble l'indiquer l'état local. On la prescrira à raison de 2 à 3 gr. par jour, le malade étant toujours soumis au régime lacté et prenant des boissons en abondance.

Comme traitement local Lemoine préfère aux applications chaudes les applications de compresses froides ou d'eau blanche, les bains de pied à 28 à 30° répétés deux ou trois fois par jour. Les topiques locaux sont à rejeter.

Le régime consistera en laitage, œufs, légumes verts à la crème ; comme boisson l'eau de Vichy, les boissons diurétiques (queues de cerises, stigmates de maïs, uva ursi). Dans l'intervalle des accès les sels de lithine (sali-

cylate, carbonate ou benzoate) à raison de 0,50 par jour. Chez les goutteux chroniques il faut un régime plus substantiel, le vin vieux sera permis.

Les exercices du corps (escrime, bicyclette, canottage, etc.), sont à conseiller chez les goutteux.

Dans la goutte asthénique on prescrira le fer.

G. LYON.

Sur un cas de guérison de maladie de Werlhof par la mœlle osseuse crue. (*Wratsch* n° 49 1897).—VOINITSCH rapporte le cas d'une fillette de 8 ans, de parents bien portants, pâle et malingre, chez laquelle il survint subitement de la fièvre, suivie de perte d'appétit et de douleurs articulaires particulièrement dans les articulations du genou. Le deuxième jour, il se produisit dans les régions douloureuses une éruption sous forme de petites taches rouges; température variant de 38 à 39°.

Par la suite, l'éruption s'est propagée à d'autres articulations; le 5e jour apparurent des selles sanguinolentes et fétides.

Le traitement consistant en l'administration de calomel, de quinine, d'antipyrine, ayant échoué, l'état de la petite malade s'aggravant progressivement, l'auteur eut l'idée de recourir à la mœlle osseuse crue. Il administra de la mœlle osseuse crue de veau sous la forme suivante: apres avoir trituré de la mœlle osseuse crue dans de l'eau bouillie on filtrait le liquide et l'on y ajoutait, pour le rendre plus agréable au goût, une petite quantité de lait. La petite malade prenait deux cuillerées de ce mélange par jour.

Déjà le 3e jour, les selles devinrent normales et l'appétit revint. L'éruption commença à disparaître progressivement. La fillette prit sa potion jusqu'au 19e jour de la maladie, c'est-à-dire pendant une semaine; depuis ce moment l'amélioration devint tout à fait manifeste.

B. TAFT.

Goitre exophthalmique et médication thyroïdienne, par ODILON MARTIN. (*Presse médicale* n° 58 p. 19, 1898). — La plupart des auteurs qui ont expérimenté les extraits de corps thyroïde dans le goître simple en proscrivent systématiquement l'emploi dans le goître exophthalmique. Cependant, de la pathogénie encore bien obscure du goître exophthalmique on ne peut tirer aucune conclusion absolue relativement au rejet de la thérapeutique thyroïdienne dans cette affection. D'ailleurs, cette thérapeutique compte, à son actif, un certain nombre de succès. Jules Voisin, Bruns, Reinhold, Beclère, Bogroff, ont obtenu des guérisons. En janvier 1896 Silex, à la société de médecine de Berlin, a communiqué un cas de guérison. Eulenburg, au congrès international de neurologie et de psychiatrie, tenu à Bruxelles en 1897, où il a exposé sa théorie de la parathyroïdisation, a conclu à la légitimité absolue de l'opothérapie thyroïdienne, dans certains cas.

M. Martin relate l'observation d'un malade atteint de goître exophtalmique depuis plusieurs années, chez qui le traitement thyroïdien, suivi pendant deux mois (à doses quotidiennes qui ont varié de 0 gr. 20 à 0 gr. 60 d'extrait sec) a déterminé une amélioration des plus notables, caractérisée par la disparition presque totale du goître, celle de la tachycardie, le retour des forces. Seul, le tremblement a persisté, quoique très atténué.

G. LYON.

Traitement de l'albuminurie dyspeptique par ALBERT ROBIN. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 913, 30 juin 1898). — Les indications sont :

1° D'améliorer les digestions.

2° De remédier à la déminéralisation exagérée et particulièrement aux pertes considérables en phosphates.

3° De réduire les dépenses vitales.

4° D'augmenter l'aération et l'oxygénation.

En ce qui concerne l'amélioration des digestions, le lait est indiqué huit fois sur dix. S'il existe des fermentations anormales le lait stérilisé est le plus souvent assimilé alors que le lait pur ne l'est pas. Le lait doit être pris à raison de un demi-litre toutes les trois heures de façon à atteindre 4 litres dans les vingt-quatre heures. Le malade mettra au moins une demi-heure à avaler chaque ration de lait, de façon à faire une coagulation en fragments de petit volume, dont l'attaque par le suc digestif sera facile.

Chez les hypersthéniques (dénomination donnée par M. Albert Robin aux malades que l'on désigne habituellement sous le nom d'hyperpeptiques ou hyperchlorhydriques) on administre avant la prise de lait une à trois gouttes de la préparation suivante :

Picrotoxine. . . . .)	
Chlorhydrate de morphine.)	aà 0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine. . .	0 gr. 01
Ergotine Yvon.	1 gr.
Eau de laurier-cerise	10 gr.

(Commencer par dissoudre la picrotoxine et les alcaloïdes dans alcool q. s.)

Si au bout de quelque temps après la prise de lait, le malade éprouve le moindre indice de crise hypersthénique, lui faire prendre immédiatement un des paquets suivants dans un peu d'eau :

Magnésie hydratée.	7 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth. .	2 gr.
Craie préparée.	3 gr.
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 01
Bicarbonate de soude . . .	6 gr.

M. et div. en dix paquets.

Si la digestion est pénible par suite d'hyposthénie, on fait prendre aussitôt après la prise de lait, un cachet :

Pepsine en paillettes, titre 50. . 0 gr. 25

On surveillera avec soin les garde-robes du malade.

Telle est la première étape du traitement. Elle peut même être la seule lorsque le malade a été pris au début; mais, le plus souvent, il faut continuer la thérapeutique, et l'on passe alors, après quinze jours ou un mois au plus de régime lacté à l'étape suivante. Si la quantité d'albumine se maintient à un taux assez élevé malgré le lait, il vaut mieux passer au régime mixte :

Quatre repas par jour, un à sept heures le matin et à quatre heures le soir, un demi-litre de lait; à midi et à huit heures du soir, un repas d'œufs et de légumes choisis de préférence parmi les féculents en purée. Comme boisson du lait, un demi-litre par repas.

La durée de cette seconde étape de traitement est de 10 à 15 jours. Si l'albumine a disparu des urines du matin, on passe alors à la troisième étape qui consiste simplement à supprimer le lait de boisson que l'on remplace par de l'eau pure, et à terminer le repas par une infusion aromatique chaude.

Au bout de deux à trois semaines on pourra supprimer le lait du matin et de quatre heures; le malade est alors revenu à un régime alimentaire normal, sauf la qualité des aliments. C'est la quatrième et dernière étape du régime. Mais si l'on se trouve à une période de l'année favorable, M. Albert Robin conseille de terminer le traitement par une cure à Saint-Nectaire. Matin et soir deux prises de 100 gr. chacune de la source Saint-Césaire ou de la source du Mont-Carnadore séparées par un intervalle d'une demi-heure.

Ce traitement, dans plus de la moitié des cas fournira d'excellents résultats; mais il en est un certain nombre où l'on se trouvera en présence d'un fait particulier, l'augmentation de l'albumine quand le malade prend du lait, ce qui revient à dire que celui-ci n'est pas digéré, fait assez fréquent chez les dyspeptiques par insuffisance affligés de fermentations lactiques. Dans ce cas on prescrira un régime végétal et carné.

Au réveil, 100 gr. de macération de quassia amara prise à jeun. On mettra dans une tasse à thé, le soir, deux grammes de quassia en copeaux et l'on couvrira d'eau froide ; le malade boira cette tasse en se réveillant.

Après une demi-heure, premier repas qui sera sec, c'est-à-dire sans boisson aucune et composé d'un ou deux œufs à la coque ou d'un peu de viande froide avec 15 à 20 gr. de pain grillé. Terminer par une petite ration de fruits cuits.

A midi et à sept heures, le malade fera ses deux principaux repas pendant lesquels il pourra boire à volonté de l'eau pure, terminant le repas par une tasse d'infusion chaude. En dehors de ces deux repas, il ne prendra rien.

Les ragoûts et les accommodements au beurre cuit, les aliments fermentés sont rigoureusement interdits; le malade prendra des viandes rôties ou grillées, des œufs à la coque, des légumes assaisonnés sur la table avec du beurre très frais, jamais de fritures ni d'accommodements à la graisse. Pas de pâtisseries, pas de crudités d'aucun genre, pas d'acides. La charcuterie, les crucifères sont interdits, autant que possible pas de poisson.

Après les repas, le malade prendra une demi-heure de repos étendu sur une chaise longue et fera des applications de serviettes chaudes sur la région gastrique.

En cas de pyrosis, on fera prendre pendant quatre jours après chaque repas, délayé dans un peu d'eau un des paquets :

Magnésie hydratée. . }	
Bicarbonate de soude. }	aâ 4 gr.
Craie préparée. . . .	6 gr.

M. et div. en 12 paquets.

Pour prévenir la constipation, tous les matins un grand lavement d'eau tiède :

La seconde indication du traitement est de diminuer la déminéralisation et la phosphaturie.

Le traitement sera institué ainsi :

A. Si le malade est un dyspeptique par insuffisance, on ordonne immédiatement avant chaque repas une cuillerée à dessert de :

Arséniate de soude. .	0 gr. 05
Sulfate de strychnine.	0 gr. 03
Eau distillée.	300 gr.

Au milieu du repas, à midi seulement, il prendra une cuillerée à soupe de :

Glycéro-phosphate de chaux	3 gr.
Magnésie, Potasse, Soude (ââ)	ââ 1 gr.
Fer	0 gr. 50
Teinture de noix vomique	0 gr. 50
Pepsine en paillettes	3 gr.
Maltine	1 gr.
Extrait de kola	5 gr.

Sirop de cerises q. s pour faire 200 gr.

Si l'albumine persiste, passer aux prescriptions et médications suivantes :

Au repas du soir, donner 2 à 4 granules de phosphure de zinc à 1 milligramme. mais surveiller avec soin ce médicament; en cas de réussite pousser à 8 milligrammes.

Donner du fer sous la forme de sirop de protoiodure du codex ou de 2 à 3 pilules ; de fer réduit (0,10 — 0,20 au milieu des repas) de glycérophosphate de fer (0,25 — 0,50 à chaque repas), de dragées de perchlorure de fer.

Conseiller la balnéation chlorurée sodique à Salies de Béarn, Biarritz ou Salins (bains à 10 0/0); en hiver le tub au moyen de deux solutions de sel marin, l'une à 6 0/0 et l'autre à 25 0/0, la première étant chaude et la seconde froide. Le malade commence à faire une ablution chaude sur la colonne vertébrale, après quoi il fait verser rapidement la solution concentrée froide.

Ces médications réussissent sur le plus grand nombre des malades ; mais 20 0/0 environ ne seront pas guéris. Ce sont presque tous de vieux dyspeptiques qui frisent le mal de bright et à qui convient le traitement suivant :

Prendre par jour 5 ou 6 cuillerées à soupe de la solution :

Lactate de strontium	150 gr.
Eau distillée	10 gr.

On donnera jour par jour, 4, puis 5, puis 6 cuillerées ; arrêter le 5e jour, reprendre après 5 jours de repos, ce qui fait au total 15 jours de traitement.

Avant le premier repas, administrer une pilule.

Acide gallique	0 gr. 10
Aloès du Cap	0 gr. 03
Extrait mou de quinquina	0 gr. 10

Si le malade a de l'embarras gastrique, faire prendre à la fin des repas une cuillerée à soupe, diluée dans un peu d'eau, de la mixture :

Acide sulfurique pur	2 gr. 6
Acide nitrique	0 gr. 8
Alcool à 90°	18 gr.

Laisser reposer pendant huit jours pour éthérifier, puis ajouter

Sirop de limons	60 gr.
Eau distillée	150 gr.

Les cures de Saint-Nectaire devront être suivies.

G. Lyon.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Extirpation du rectum cancéreux par la voie abdomino-périnéale, par M. Quénu. (*Société de chirurgie*, 29 juin 1898). — Aussitôt que le cancer attaque la portion moyenne du rectum, M. Quénu est aujourd'hui d'avis qu'il faut abandonner la voie sacrée, incommode et dangereuse, pour la voie abdomino-périnéale. C'est dans ces circonstances qu'il vient d'opérer deux sujets dont l'un est convalescent et l'autre a été opéré tout récemment. L'opération se décompose en 4 temps : *Premier temps*, ouverture de l'abdomen et ligature des deux hypogastriques. C'est le plus long. Il pratique la laparotomie médiane et commence par l'artère droite (éviter de lier l'artère iliaque externe). Pour atteindre l'artère du côté gauche, il faut traverser le mésocôlon pelvien. On en profite pour extirper les ganglions cancéreux. On suture ensuite le péritoine. *Deuxième temps* : incision de l'intestin au thermocautère entre deux ligatures ; fixation du bout supérieur dans une ouverture cutanée que l'on crée dans la fosse iliaque gauche. Ce sera l'anus iliaque définitif. *Troisième temps* : amorcer l'extirpation totale du bout inférieur, qui se fera tout à l'heure par en bas. Pour cela, on lie les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs, on sépare l'intestin de son méso. C'est le dernier temps abdominal. Il reste, *quatrième temps*, à extirper le rectum ainsi isolé par la voie périnéale.

Nous avons déjà décrit cette technique spéciale et nous rappellerons seulement que l'orifice anal est préalablement fermé, de sorte que le rectum est extirpé comme une tumeur quelconque. L'hémorragie est minime, grâce à la ligature des iliaques internes, ce qui est appréciable chez des gens anémiés et cachectisés. Pour être sûr d'avoir fait œuvre utile, il faut pouvoir sectionner l'intestin à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la tumeur. Or, cette

méthode opératoire est la seule qui permette d'atteindre ce résultat dans les cancers de siège élevé.

AUG. BENOIT.

Anastomose intestinale obtenue par une nouvelle méthode. (*Association médicale américaine, session de Denver*, 7-10 juin 1898). — METCALF de Détroit a appliqué, pour maintenir la lumière du canal intestinal au point où les deux bouts ont été suturés, une méthode originale. Il place dans l'intestin un cylindre de sucre candi : ce dernier est peu à peu résorbé, et au moment où l'anastomose est obtenue, l'élimination du cylindre par résorption est terminée sans aucun inconvénient pour le malade.

E. VOGT.

Traitement des tumeurs érectiles par les injections coagulantes, par M.T. ANGER. (*Académie de Médecine*, 5 juillet 1898). — L'auteur se trouve bien, depuis de longues années, des injections interstitielles avec un liquide à base de perchlorure de fer. En voici la formule : eau, 60 gr., chlorure de sodium, 15 gr., perchlorure de fer liquide à 30°, 25 gr. S'il s'agit de petites tumeurs, l'aiguille de Pravaz suffit ; pour les grandes, il se sert d'une seringue munie de 2 aiguilles emboîtées. On enfonce l'aiguille extérieure, qui sert à contrôler si l'on se trouve dans une grosse veine ou dans un lac sanguin. Quand on en est sûr, on injecte de 20 à 40 gouttes, partagées en différents points, en usant de beaucoup de douceur. Pour les petits angiomes, 2 à 10 gouttes suffisent. L'injection terminée et les aiguilles ôtées, on applique le doigt ou un tampon sur la piqûre et on comprime quelques instants. Un détail important : afin d'éviter le passage du liquide coagulant dans le courant circulatoire, avoir soin de comprimer la périphérie de la tumeur pendant toute la durée de l'acte opératoire. Cet isolement est facilement réalisé avec un anneau que l'on retire 15 minutes après l'injection, le caillot étant bien sensible au toucher. La tumeur commence par augmenter, puis entre en régression. Si celle-ci n'est pas complète au bout de 3 à 6 mois, il faut renouveler l'injection.

AUG. BENOIT.

Nouvelle contribution au traitement du cancer par les injections d'alcool, (*The Philadelphia Med. Journal*, vol. 1, n° 22) EDWIN J. KUH de Chicago rappelle un travail antérieur concernant une tumeur cancéreuse inopérable du naso-pharynx, qui disparut complètement après un nombre relativement peu élevé d'injections interstitielles d'alcool. L'auteur a continué à traiter d'autre cas de carcinome de la région du sein, en injectant en général une fois par semaine des quantités variables d'alcool de 30 à 50° : les quantités injectées vont de quelques gouttes à 8 ccm. A 30°, les injections sont peu douloureuses.

Les résultats sont dans la plupart des cas remarquables, on observe rapidement une diminution du volume des tumeurs et des ulcérations : la méthode, préconisée par Hasse il y a 25 ans environ, mérite d'attirer l'attention et elle devrait être en tous cas utilisée dans les cas de récidives inopérables.

E. VOGT.

Traitement du cancer du sein inopérable par le carbure de calcium. (*Société de chirurg.* 29 juin 1898). — M. GUINARD préconise les pansements au *carbure de calcium*, renouvelés tous les cinq jours chez les malades atteints de cancer ulcéré du sein. Les hémorragies s'atténuent, la fétidité disparaît. Ce même traitement a été conseillé par lui dans l'épithélioma de l'utérus et du vagin.

AUG. BENOIT.

Traitement opératoire du carcinome du sein. (*Société médicale de l'arrondissement de Dusseldorf*, session de mai 1898.) — SCHULTZE, après un historique complet de la question, montre qu'aujourd'hui on ne recule pas, même en présence de tumeurs d'apparence peu importantes, devant des délabrements considérables : ce n'est du reste qu'à ce prix qu'on peut espérer échapper aux récidives et améliorer encore les statistiques opératoires. Il ne faut pas hésiter, avec Heidenhain, à enlever le grand et même le petit pectoral (Rotter) : grâce à cette dernière opération, on peut aller examiner l'état des ganglions lymphatiques qui accompagnent les veines axillaire et sous-clavière.

Schultze apporte 16 observations de cancer du sein, dont 5 inopérables : pour les 11 autres, l'auteur se borna, dans les 5 premiers cas, à l'ablation du grand pectoral. Six malades n'eurent pas de récidives : deux d'entr'elles moururent, 3 et 15 mois après l'opération, de métastases du cerveau. Sur les quatre cas restants, trois peuvent être considérés comme définitivement guéris, car les opérations remontent à 3, 2 1/2 et 2 ans. Pour la quatrième malade, le temps écoulé est aujourd'hui d'un an et demi.

Il semble donc qu'on soit actuellement dans une bonne voie : peut-on la suivre davantage, enlever par exemple les muscles intercostaux ?

L'orateur ne pense pas qu'il soit possible de dépasser sensiblement les limites opératoires aujourd'hui adoptées.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, MARCKWALD a recommandé de pratiquer, si faire se peut, des examens histologiques déjà au cours de l'opération, en s'adressant surtout aux couches profondes situées sous la glande extirpée. Il est arrivé parfois qu'à la suite d'une série d'opérations destinées à enlever des points atteints de récidive, on obtient une guérison définitive : dans un cas, cette lutte dura plusieurs années et se termina pas un succès thérapeutique complet. HEUSNER croit que la question des récidives n'est pas encore bien élucidée, car on peut parfois négliger d'enlever tous les ganglions lymphatiques suspects de la région, sans qu'une récidive se développe, alors que dans d'autres cas l'extirpation même la plus minutieuse se montre inefficace. Ce n'est donc pas uniquement en élargissant le domaine des ablations qu'on pourra espérer sauver un plus grand nombre de cas : la nature intime du processus joue, dans chaque cas particulier, un rôle très important.

WINKELMANN, partant du principe que la moitié au moins des tumeurs du sein sont de nature bénigne, déconseille l'intervention radicale trop hâtive : mieux vaut prélever un petit morceau de la tumeur dans un but diagnostique, et se décider ensuite.

E. VOGT.

Sur un cas de tumeur du sein réputée maligne guérie par les courants continus. (*Arch. d'Électricité médicale*, 15 juin 1898). — BERGONIÉ et HIRIGOYEN, publient une observation de tumeur du sein, dont le diagnostic est resté en suspens. Il s'agissait sans doute d'un adéno-sarcome ou d'un adéno-fibrome : en tous cas, les chirurgiens conclurent à l'intervention opératoire. Bergonié, malgré ce préavis, conclut à la nature non sarcomateuse de la tumeur, non seulement à cause de ses caractères cliniques, mais encore à cause du résultat obtenu par le traitement électrique. L'auteur utilisa le courant galvanique continu : large électrode indifférente (pôle positif) placée dans le dos, électrode hémisphérique, se moulant sur le sein (pôle négatif). L'intensité du courant est progressivement amenée de 0 à 40 m. A : séances quotidiennes de 15 à 25 minutes. A la dix-huitième séance, la tumeur a diminué de volume ; à la vingt-quatrième elle se divise en deux lobes très inégaux. On fait trente séances en tout.

La malade partit ensuite en voyage : à son retour, la tumeur avait complètement disparu : le résultat s'est maintenu depuis 2 ans.

E. VOGT.

Classification et traitement des déviations rachitiques des jambes, par M. R. FRŒLICH. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin 1898). — L'auteur a puisé à la consultation orthopédique de l'hôpital de Nancy, les éléments d'une classification des déviations rachitiques des jambes en cinq types principaux :

a) Déviation à convexité externe, les jambes formant un O. — *b*) Déviation à convexité interne ou en X. — *c*) Déviation en *lame de sabre*, ou aplatissement latéral et convexité antérieure. — *d*) *Type complexe*, première et troisième déviation associées, avec torsion du tibia qui amène la malléole externe en avant. — *e*) Type rétro-courbé, caractérisé par l'aplatissement d'avant en arrière avec convexité postérieure, fort rare. Dans ces diverses positions, le péroné résiste et forme souvent la corde de l'arc décrit par le tibia.

Le traitement orthopédique a de l'effet sur ces lésions, si on les attaque avant la période d'*eburnation*. Il consiste dans l'application *nocturne* seulement d'une attelle de bois munie de coussinets qui s'appuient sur la malléole et le condyle, ou encore de gouttières plâtrées. Cette application doit être précédée, soit du redressement *manuel*, qui est souvent fort praticable, soit de l'*ostéoclasie manuelle*. La consolidation du redressement exige 3 à 5 semaines; ne pas laisser marcher l'enfant avant d'avoir obtenu un cal solide. Enfin l'ostéotomie doit être parfois pratiquée, si les os résistent exagérément. L'auteur conseille de se servir d'une scie à chaîne que l'on passe sous l'os, à la faveur d'une courte incision.

AUG. BENOIT.

L'opération de Calot. (*Société médicale de l'arrondissement de Dusseldorf*, session de mai 1898). — HEUSNER s'est rendu à Berck-sur-Mer où il a eu occasion d'étudier de près les procédés employés par Calot : il a rapporté de son voyage une impression beaucoup plus favorable que celle qui a prévalu au dernier congrès Allemand de chirurgie. Pour lui, la question n'aurait pas dû être soulevée prématurément à ce congrès : il y a lieu d'attendre quelques années encore pour asseoir son jugement.

Heusner lui-même a opéré 9 redressements : deux enfants furent atteints de scarlatine quelque temps après l'opération et succombèrent : il est difficile dans ces circonstances

de porter un jugement sur les résultats qu'on eût été en droit d'espérer de l'opération en elle-même. Dans un troisième cas, concernant une enfant qui présentait un goître, l'opérateur fut obligé de renoncer au redressement au cours de l'intervention, pour cause de troubles respiratoires graves. Dans les 6 autres cas les résultats sont des plus satisfaisants : 2 des opérés ont été présentés à la séance, les 4 autres sont encore en traitement.

Comment expliquer qu'un redressement, c'est-à-dire l'éloignement des parties osseuses auparavant accolées, puisse provoquer un processus de régénération et de consolidation? L'opération contraire semblerait plus logique. L'orateur pense que l'activité formatrice de l'organisme infantile joue ici le rôle capital.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation du thorax, par MIGNON. (*Médecine moderne*, nº 56, p. 441.) — Partant de cette idée, fort discutable d'ailleurs, que la pleurésie, survenant au cours de la tuberculose peut enrayer le cours de celle-ci, M. Mignon, sur le conseil du Dr Bloch, a eu l'idée de réaliser sur les tuberculeux, au moyen d'un appareil contentif, l'immobilisation du thorax que réalisent chez d'autres les adhérences pleurales.

Dans ce but, il a appliqué une demi-cuirasse plâtrée constituée de la façon suivante : une longue attelle faite avec quarante épaisseurs de tarlatane large de vingt-centimètres environ, avec une échancrure destinée à recevoir le cou, est placée à cheval sur l'épaule du côté où l'on veut agir, descendant en devant et en arrière jusqu'à la partie inférieure de la cage thoracique; une seconde attelle de même épaisseur et au moins aussi large réunit en recouvrant la région de l'aisselle les deux parties antérieure et postérieure de la précédente; une troisième tend à les empêcher de s'écarter en faisant le tour de la ceinture; une quatrième, placée sur l'épaule, empêche les mouvements exagérés du bras. Ces attelles sont imprégnées d'une bouillie plâtrée aussi épaisse que possible, car elles ont toujours tendance à s'écarter sous l'influence des mouvements respiratoires. Avant de les appliquer on recouvre les régions correspondantes du thorax d'une épaisse couche de ouate afin d'éviter les lésions cutanées qui résultent facilement du frottement continuel de l'appareil. Par-dessus les attelles plâtrées on enroule des bandes de toile comme pour tout autre appareil, jusqu'à ce que le plâtre ait atteint la consistance désirable; pendant ce temps le malade évite la position horizontale, car le poids du corps donne à la cuirasse une forme particulière. On lui recommande aussi de ne pas faire de trop grandes inspirations afin que l'immobilisation soit aussi grande que possible. Enfin on fixe sur l'épaule avec le plâtre une petite bande de toile destinée, en s'attachant sous l'aisselle, à empêcher l'appareil de remonter lorsque le malade est au lit.

Trente malades ont été ainsi traités, présentant tous des signes de tuberculose avancée. Sur ce nombre deux seulement n'ont pu supporter l'appareil. La demi-cuirasse a été appliquée tantôt à droite, tantôt à gauche suivant les lésions; elle a été laissée de huit jours à un mois et en même temps le traitement ordinaire de la tuberculose était appliqué.

A la suite de ce traitement M. Mignon aurait observé une disparition constante des points douloureux du thorax, une diminution de la toux, la cessation de vomissements d'hémoptysies, et enfin un abaissement manifeste de la température dans certains cas, ainsi que la diminution des signes stéthoscopiques.

G. LYON.

Traitement des pleurésies séreuses par l'administration cutanée du gaïacol. (*Médicinskoïe Obosrenië*, nº 1, 1898). — ROZOROVSKY ayant eu recours aux frictions de gaïacol, expose dans un traité très complet ses observations et arrive à formuler les conclusions suivantes :

1º Dans tous les cas, les frictions de gaïacol ont déterminé la disparition rapide de l'exsudat.

Aucun procédé thérapeutique ne donne une guérison aussi rapide;

2º Les frictions ont été très bien supportées par les malades; on n'a jamais observé aucun accident;

3º L'irritation de la peau a été tellement insignifiante qu'on pouvait pratiquer 5 à 7 frictions de suite. C'est entre ces deux chiffres que varie le nombre de frictions nécessaire pour faire disparaître complètement l'exsudat. Dans trois cas, 5 frictions ont suffi, dans 4 autres, 6 à 7. Il n'y a évidemment aucun rapport entre

l'abondance de l'exsudat et le nombre de frictions.

4° Dans tous les cas, on observa après les frictions un abaissement de température qui variait de 0,2° à 2°. La température, après être tombée, s'élevait de nouveau et, le soir, revenait à la normale et même la dépassait de 0.2 à 2 degrés. Le maximum de l'abaissement s'observait ordinairement à la fin de la deuxième heure qui suivait la friction. Il faut faire remarquer que, chez les malades apyrétiques, la température baissait moins que chez les malades fébriles.

5° L'abaissement de la température était accompagné de sueurs très abondantes; dans deux cas seulement on a observé des sueurs profuses.

6° La quantité d'urine augmentait, mais d'une façon inégale, le maximum était de 1450 gr., le minimum de 200.

Comment maintenant expliquer l'action du gaïacol, se demande l'auteur.

A cette question, dit-il, il est difficile à l'heure actuelle de donner une réponse positive; mais il est infiniment probable que l'action du gaïacol dans ce cas est double. D'un côté, en irritant les terminaisons nerveuses périphériques, il exerce une action sur les centres vasomoteurs, ce qui contribue à l'absorption plus rapide de l'exsudat, tout en agissant sur les centres caloriques.

D'un autre côté, en se combinant avec les produits morbides qui circulent dans le sang, le gaïacol supprime les causes qui maintiennent l'inflammation de la plèvre et crée de cette façon des conditions favorables à l'absorption de l'exsudat.

B. TAFT.

La nitroglycérine comme hémostatique dans l'hémoptysie. (*The Philadelphia Med. Journal*, n° 8, 1898.) — LAWRENCE FLICK, dans un cas d'hémoptysie ayant résisté à toutes les médications, essaya en désespoir de cause, à l'apparition d'une nouvelle attaque, de la nitroglycérine (une demi-goutte d'une solution alcoolique à 1 0/0, toutes les demi-heures). Cette intervention fut couronnée de succès : au bout d'une heure, l'hémorragie avait cessé pour ne plus reparaître. Trois autres cas furent plus tard soignés par la même méthode, avec les mêmes résultats. Aucune autre médication, pas même l'application de glace ne fut employée, aussi l'auteur pense-t-il pouvoir recommander son procédé à l'attention de ses collègues.

E. VOGT.

De la tachycardie chez les tuberculeux, son importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement par FAISANS. (*Semaine médicale*, n° 58, p. 305, 1898). — La tachycardie est pour ainsi dire la règle chez les tuberculeux, ainsi que l'instabilité du pouls. Les tuberculeux à tachycardie instable, ceux chez qui la moindre cause accélère notablement le nombre des battements cardiaques sont sujets à des hémoptysies fréquentes, à des poussées congestives, à des explosions de granulies localisées ou de foyers broncho-pneumoniques.

La tachycardie, expression de l'excitation du pneumogastrique, est parfois causée par une adénopathie trachéo-bronchique, mais cette adénopathie n'est pas responsable de la plupart des tachycardies. C'est un phénomène tellement précoce qu'on doit le considérer le plus souvent comme d'origine centrale et, sans doute, d'ordre toxique. Le virus tuberculeux, avant toute localisation perceptible sur les poumons, manifeste sa présence dans l'organisme par la tachycardie.

La plupart des médecins, quand ils ont affaire à un tuberculeux, lui conseillent d'abord un certain nombre de médicaments parmi lesquels la créosote figure au premier rang. M. Faisans a déjà protesté contre l'emploi systématique de la créosote; chez les tachycardiques, ce médicament est particulièrement nuisible en exagérant la tendance de ces malades aux poussées congestives. Il faut se borner à prescrire la créosote à petites doses, s'il existe des expectorations très abondantes.

D'autres substances sont encore nuisibles aux tuberculeux tachycardiques et, parmi elles, tous les excitants et tous les stimulants, les préparations de kola et de coca, le thé, le café, l'alcool. Cette dernière substance, a-t-on dit, favorise le processus de sclérose qui est le procédé de guérison naturelle du tubercule et, en vertu de cette idée, on recommande aux malades d'absorber du vin et même quelques petits verres d'eau-de-vie. En réalité, chez tous les tuberculeux sans doute, chez les tachycardiques sûrement, l'alcool, à moins qu'il ne soit pris à très faible dose, est plutôt générateur de tubercules nouveaux, puisqu'il exagère l'éréthisme circulatoire et détermine des poussées congestives.

La tachycardie qui est exagérée par les médicaments qui viennent d'être énumérées n'est pas susceptible d'être combattue directement par les médicaments. La digitale ne donne pas le moindre résultat; la spartéine, le strophantus, le seigle ergoté, le tannin restent inefficaces. Les préparations opaciées, si souvent prescrites contre la toux, l'insomnie, les dou-

eurs, augmentent la tachycardie. Seul, le bromure de potassium, chez un certain nombre de malades, fait baisser la fréquence du pouls de quelques pulsations; mais ses effets sont passagers et il faut craindre son action déprimante. Il est surtout indiqué chez quelques tuberculeux tachycardiques qui présentent des hémoptysies abondantes et rebelles aux moyens usuels.

Tout tuberculeux tachycardique doit être aéré, mais il doit l'être prudemment et graduellement. L'exposition permanente à l'air libre, pendant douze à quatorze heures par jour lui est nuisible, surtout si elle est obtenue très rapidement, parce qu'elle le rend plus tachycardique et le congestionne. Il vaut mieux lui faire faire deux cures d'air par jour, l'une le matin, l'autre l'après-midi, séparées par un séjour de quelques heures dans la chambre, fenêtres ouvertes.

Le tuberculeux tachycardique doit éviter avec soin le vent et surtout l'insolation directe et le malade doit voir la lumière du soleil mais ne doit pas être vu par lui (Sabourin).

Les tuberculeux dont le pouls est habituellement normal et reste normal après la marche, peuvent se promener et ont avantage à le faire.

Les tuberculeux qui ont une tachycardie modérée (de 80 à 90 pulsations) et chez lesquels la marche n'exagère pas la fréquence habituelle du pouls, peuvent aussi se promener, mais ils doivent marcher lentement, sur des terrains plats, et couper leur promenade par des temps de repos plus ou moins espacés.

Les tuberculeux qui présentent une tachycardie accentuée (100 pulsations et au-delà) ont tout avantage et intérêt à garder le repos, non, pas que l'immobilisation, même prolongée, diminue notablement la fréquence du pouls mais parce que l'instabilité de celui-ci se modifie sous l'influence du repos.

Ces précautions sont bonnes à prendre chez les femmes à l'approche des périodes menstruelles.

Les travaux intellectuels, toutes les occupations qui nécessitent une tension trop forte ou trop prolongée de l'esprit, etc., doivent être proscrits.

Parmi les climats sédatifs à recommander aux tuberculeux tachycardiques, M. Faisans cite particulièrement celui de Pau.

Les repas augmentent presque toujours la fréquence du pouls chez les tuberculeux tachycardiques et l'augmentent d'autant plus qu'ils sont plus copieux. Cette exagération de la tachycardie habituelle dure souvent autant que la digestion. Il est donc de toute nécessité chez ces tuberculeux de surveiller attentivement l'alimentation : tel malade se trouvera bien de repas peu nombreux et modérément copieux séparés par de longs intervalles; tel autre aura besoin de repas fréquents et légers. Quelques-uns auront avantage à se soumettre pendant quelque temps au régime du lait.

G. Lyon.

La sténocardie, (*The Philadelphia policlinic*, 16 avril 1898). — Heineman relate plusieurs cas d'angine de poitrine dans lesquels, en dehors du traitement médical usuel, les bains et les exercices musculaires appropriés ont rendu de grands services. Si le traitement médical échoue, les méthodes adjuvantes peuvent encore être fort utiles, à condition qu'on en dirige méthodiquement l'emploi en se guidant sur la gravité des cas.

Les bains artificiellement chargés d'acide carbonique, destinés à remplacer les bains de Nauheim, donneront des résultats à peu près aussi marqués que ceux que l'on obtient dans cette station. Dans les cas avancés, ils constitueront la seule médication.

Dans les cas moins graves, on aura recours au massage, aux exercices de respiration, aux cures de terrain. La gymnastique de résistance constitue en revanche une forme d'exercice, qui n'est permise que dans les cas tout à fait au début.

E. Vogt.

Injections sous-cutanées de periplocine dans les affections cardiaques. (*Wratsch*, nº **11**, 1898). — Levachoff a fait à ce sujet des recherches fort intéressantes, dont voici les résultats :

L'injection sous-cutanée de periplocine (dont la dose maxima en 24 heures ne doit pas dépasser 0,001 milligramme), provoque une douleur aiguë qui se calme au bout d'un quart d'heure environ L'action de l'injection sur le cœur se manifeste par les phénomènes suivants : le choc devient bien plus net, les limites de la matité cardiaque ne se modifient qu'après un usage prolongé du médicament, le pouls, dans un certain nombre de cas, se fait plus rare, la pression sanguine augmente, le pouls veineux disparaît presque complètement. Les bruits et les souffles cardiaques se font plus nets.

Quant à l'action de la periplocine sur la diurèse, elle se manifeste par une augmentation considérable de la quantité d'urines. Cette notable augmentation ne se produit cependant que dans les affections cardiaques ; au contraire, dans la stase d'origine hépatique ou rénale elle est insignifiante et même, dans un certain nombre de cas, nulle.

L'augmentation de la quantité d'urines a lieu généralement après deux ou trois injections. En outre, dans quelques cas, l'albumine disparaît, ainsi que tous les symptômes de la stase rénale.

La periplocine n'exerce pas d'action importante sur la composition du sang; on a pu noter, cependant, dans quelques cas, l'augmentation des globules blancs dont le nombre triplait quelquefois.

Notons, enfin, les accidents plus ou moins importants provoqués par la periplocine sont: nausées, vomissements, douleurs de ventre, diarrhée. Ces phénomènes s'observent assez rarement et seulement dans les cas où l'on injecte la dose maxima que nous avons ndiquée plus haut. Au contraire, si l'on se borne à n'injecter que 0,0005 à 0,0006 milligr., on n'observe aucun des accidents mentionnés.

B. TAFT.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de la syringomyélie, par G. RAUZIER, (*Montpellier Médical*, 18 juin 1898). — Rauzier conseille de :

1° Tenter un traitement spécifique, si la syphilis ou la lèpre paraît en cause.

2° Tonifier l'organisme, pour le mettre à même de résister efficacement à la maladie et à ses complications.

3° Modifier la nutrition de la mœlle par l'emploi de moyens internes et externes.

A l'intérieur, iodure de potassium et de sodium, nitrate d'argent, chlorure d'or et de sodium.

A l'extérieur, hydrothéraphie, bains chauds, courants continus.

4° Traiter les symptômes prédominants: par exemple, contre les troubles trophiques et l'atrophie musculaire, courants continus. Contre la scoliose, corsets orthopédiques et gymnastique appropriée. Contre les arthropaties, traitement chirurgical, sans néanmoins perdre de vue la gravité de toute infection générale ou locale chez les syringomyéliques, et le pronostic sérieux des interventions opératoires.

R. SÉMELAIGNE.

Utilité du traitement sulfuré contre les amyotrophies de causes diverses, par A. FERRAS. (*Gazette des Eaux*, 21 avril 1898). — Ferras préconise contre les diverses amyotrophies la médication sulfurée: boisson, bain, grandes douches suivies de massage. On s'adressera de préférence aux stations réunissant le médicament sulfuré le meilleur avec les plus favorables conditions d'altitude et de topographie. Par ordre d'importance, l'auteur indique : Barèges, Luchon, Aix, Cauterets, Uriage.

R. SÉMELAIGNE.

Le traitement électrique des névralgies, par E. Albert WEIL. (*La France médicale et Paris médical* 1898). — Ayant à traiter une névralgie rebelle qui n'avaient pu vaincre ni les médicaments analgésiques, ni la revulsion cutanée, Weil eut recours aux bains statiques, accompagnés de pluie d'étincelles de 3 centimètres environ sur les points douloureux. Il croit surtout à l'efficacité des étincelles.

R. SÉMELAIGNE.

Deux cas de sciatique traités par les bains hydro-électriques, par PUY LE BLANC DE ROGAT. (*La France Médicale* et *Paris-Medical*, 20 mai 1898). — Puy le Blanc supporte l'observation de deux malades atteints de sciatique et traités avec succès par les bains hydro-électriques. Il recommande leur emploi contre les manifestations articulaires de l'arthritisme.

R. SÉMELAIGNE.

Chorée : bromure de camphre : guérison rapide, par BOURNEVILLE ET KATZ. (*Le Progrès Médical*, 16 juillet 1898). — Bourneville et Katz rapportent l'observation d'une enfant de 13 ans, atteinte de chorée, et rapidement guérie par le bromure de camphre administré en capsules, à doses croissantes, à courts intervalles. Capsules à enveloppe de gluten, contenant vingt centigrammes de bromure de camphre. En outre, bains, et dès que la malade a pu marcher gymnastique des échelles ; enfin, quand l'amélioration était déjà très nette, gymnastique des mouvements et hydrothérapie.

R. SÉMELAIGNE.

De l'emploi thérapeuthique de la suggestion à l'état de veille, et des effets utiles qu'on peut en attendre, par GINGEOT. (*Journal des Praticiens*, 9 juillet 1898). — Pour que la suggestion à l'état de veille puisse réussir, deux conditions sont indispensables :

1° Le patient doit être sans défiance et sans répugnance à l'endroit du traitement institué, subir avec un abandon sincère l'ascendant du médecin, et accepter aveuglément les affirmations de celui-ci.

2° Les organes dont on cherche à rétablir les fonctions ne doivent présenter aucune altération matérielle profonde.

R. SÉMELAIGNE.

La thérapeutique des obsessions, par L. FAURE. (*Thèse de Paris* 1898). — M. Faure n'admet qu'un seul mode de traitement : la psychotérapie. Il distingue la psychothérapie simple ou à l'état de veille et la psychothérapie hypnotique ou à l'état de sommeil. Si l'hypnose paraît se faire attendre, on préparera le terrain par une injection de morphine.

R. SÉMELAIGNE.

Un cas d'hystérie avec symptômes rarement observés (diathèse de contracture), modifié par la suggestion hypnotique. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 27, 1898). — LILIENFELD a observé une institutrice de 47 ans, devenue hystérique à 43 ans, et présentant des symptômes de diathèse de contracture. Il paraîtrait que ce cas est jusqu'ici unique en Allemagne, alors que les auteurs français observent fréquemment cette complication de la névrose.

Les accidents ne peuvent échapper, dans ces cas, à l'attention des malades, il n'y a donc pas lieu d'admettre qu'ils aient passé inaperçus jusqu'ici en Allemagne. Il existait en même temps des troubles de l'écriture très curieux à observer, la malade paraissait n'être plus capable de coordonner les mouvements de la main : les spécimens publiés par l'auteur présentent en effet un caractère d'illisibilité absolue. La suggestion hypnotique fit rapidement disparaître la diathèse de contracture et ramena l'écriture à la normale. Malheureusement, les effets si aisément obtenus ne furent pas durables, la moindre émotion faisait réapparaître les symptômes primitifs. Au bout de deux mois toutefois, la malade sembla suffisamment rétablie pour qu'on pût cesser toute médication. Quelque temps plus tard, la malade se présenta à nouveau, cette fois avec des troubles de la parole produits par la contracture de certains muscles de la langue. Ces accidents jusqu'ici non signalés, paraît-il, dans la littérature, forcèrent souvent la patiente à conserver un mutisme absolu, se distinguant du mutisme hystérique par la facilité avec laquelle l'hypnose exerçait son influence. Les résultats thérapeutiques furent les mêmes qu'au moment des premiers accidents.

L'auteur termine en faisant remarquer que la suggestion hypnotique, si elle peut combattre et souvent même vaincre certains symptômes hystériques, ne doit pas être considérée comme un traitement curatif de la névrose.

E. VOGT.

La lactophénine contre l'insomnie des aliénés, par CRISTIANI. (*Riforma medica.*, n° 137, p. 735. 1898). — Beaucoup d'hypnotiques échouent contre l'insomnie des aliénés ; quelques-uns sont dangereux, d'autres contre-indiqués, quelques-uns ne peuvent être administrés de façon continue que pendant peu de temps, d'autres encore finissent par perdre leur action, par suite de l'accoutumance, de sorte que l'on est le plus souvent désarmé contre ce symptôme. Pour ces raisons, Cristiani a cherché à employer de nouveaux moyens médicamenteux et a eu l'idée d'essayer la lactophémine qui, employée contre l'agitation due à des névralgies, au délire fébrile, avait manifesté des propriétés hypnotiques. Il a prescrit le médicament contre l'insomnie dans toutes les formes d'aliénation mentale, à la dose d'un à trois grammes, pris en une seule fois, et incorporés à une potion mucilagineuse de 150 gr., une heure après le dîner.

200 malades ont été soumis à ce traitement; quelques uns ont pris de la lactophénine aux doses indiquées, pendant plusieurs mois, sans aucune interruption, et sans que l'on tienne compte de leur état physique, de l'existence d'affections gastro-intestinales, pulmonaires, cardio-vasculaires.

De l'observation de ces malades il résulte que la lactophénine a une action somnifère certaine, rapide, intense, persistante, et qu'elle est inoffensive.

L'action se manifeste une demi-heure à une heure après l'ingestion du médicament; elle se fait rarement attendre plus longtemps.

Le sommeil qui se produit sous son influence semble normal ; il est profond, réparateur et se prolonge pendant 4 à 9 heures.

Le réveil n'est pas accompagné, comme cela s'observe après l'usage de beaucoup d'autres hypnotiques, par de la pesanteur de tête, de la confusion mentale, un malaise digestif, etc.

Cristiani relève comme contre-indications l'existence de néphrites, de lésions cardiaques valvulaires, d'artério-sclérose, d'apoplexie, de chloro-anémie, de marasme, d'affections pulmonaires aiguës ou chroniques, de gastro-entérites et des infections ou intoxications intercurrentes.

La lactophénine a échoué dans quelques cas de délire grave, avec violente agitation psychique et motrice.

Par contre, elle a produit de bons effets dans

beaucoup de cas où la morphine, le chlor le trional avaient échoué.

G. LYON.

De l'action des préparations de glande thyroïde dans les maladies mentales. (*Wratsch* nº 8 1898). — GUERVIÈRE a fait une série d'observations sur l'action des préparations de glande thyroïde dans des maladies mentales suivantes:

1º	Maladie de Meynert	3 cas
2º	Mélancolie	1 cas
3º	Démence	1 cas
4º	Démence hallucinatoire aiguë .	1 cas
5º	Affection organique du cerveau .	1 cas

Il administrait à ses malades la thyroïdine sèche de Pœl à doses progressives, en commençant par 0,12 centigr., deux à trois fois par jour et en arrivant à 0,60 centigr. trois à quatre fois par jour.

Pendant toute la durée de ce traitement spécial, on suspendait tout autre procédé de traitement.

Voici les résultats obtenus:

Sur les 10 malades, 2 seulement ont été améliorés. notamment ceux qui étaient atteints de mélancolie et de démence hallucinatoire aiguë; chez les 8 autres on n'a obtenu aucune amélioration.

L'auteur est enclin à croire que les cas décrits dans la littérature où l'on parle de résultats satisfaisants ou même de brillants succès obtenus par l'administration de la thyroïdine dans les affections mentales peuvent s'expliquer par une simple coincidence. Le fait est que, malgré la parenté des fonctions de la glande thyroïde avec celles du système nerveux central, surtout avec les manifestations de la vie psychique, le traitement susindiqué n'est guère utile dans les psychoses.

En outre. comme ces préparations sont loin d'être indifférentes à l'économie, étant donné d'un côté leur action énergique sur le pouls. le poids et les échanges organiques, et de l'autre les accidents qu'elles peuvent provoquer (troubles gastro-intestineux, salivation etc.), cette application chez les malades psychiques doit être considérée d'une façon générale comme contre-indiquée.

B. TAFT.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Un nouveau traitement électrique de certaines affections de la peau et des muqueuses, (*Rapport présenté à l'Académie de médecine par MM. d'Arsonval, Hallopeau et Laborde*, 7 juin 1898). — Ce rapport a trait à une note présentée à l'Académie, le 19 mai 1898, par M. ALBERT WEILL sur le traitement de quelques dermatoses (prurigos, eczémas, etc.) Dans ces derniers temps, la franklinisation a été utilisée avec succès dans les cas de ce genre, mais la méthode est assez lente dans ses effets, et pour obtenir une action rapide, il y a lieu de modifier quelque peu le dispositif classique. Voici le principe de la méthode.

Lorsqu'une machine statique fonctionne, il se produit entre chaque pôle une différence de potentiel.

Si l'on fixe à chaque pôle un condensateur, et si l'on réunit leurs armatures externes par un circuit de grande résistance, l'on voit naître dans ce circuit, au moment où l'étincelle éclate entre les conducteurs de la machine, et par suite entre les armatures internes des deux condensateurs, des appels et des reflux d'électricité, et de ce fait, un *courant alternatif*.

Si l'on interpose le *corps humain* dans le circuit reliant les armatures externes des condensateurs, le corps humain est lui-même traversé par ce courant alternatif, courant de très haute tension, se manifestant par des effluves et des aigrettes. En variant la distance entre les boules polaires on peut obtenir des variations parallèles dans la fréquence des oscillations, qui augmente pendant que la tension diminue, etc. etc.

Les effets produits sur la peau vont de la sensation de frémissement léger jusqu'aux fortes étincelles. Ces dernières sont toutefois moins douloureuses que celles produites par la machine statique. Après cinq minutes d'application, la peau saine rougit et devient comme rugueuse.

Au lieu de pôles, de disques à effluves, on peut aussi utiliser des électrodes à manchon de verre, qui laissent passer une pluie de petites étincelles très fines et presque indolores.

Ces *courants statiques induits* font contracter les muscles lorsqu'ils sont appliqués

aux points moteurs et déterminent un tremblement lorsqu'ils sont utilisés sous forme d'effluves: l'effluvation est toujours supportée. Les étincelles seules peuvent être quelquefois douloureuses, mais on peut toujours n'y avoir recours que lorsque l'effluvation a déjà amélioré l'état des téguments.

Dans les *six* cas que l'auteur a traités, il a appliqué la méthode de la façon suivante :

Le patient, dit-il, non isolé, était assis ou couché près de la machine statique munie de ses condensateurs. L'armature externe de l'un des condensateurs était reliée à une fenêtre ; l'armature externe de l'autre condensateur était rattachée au disque à pointes ou à l'électrode à manchon de verre qu'on approchait ou qu'on mettait au contact de la partie malade On fait éclater l'étincelle entre les boules polaires de la machine ; et selon la tolérance du malade on donne à cette étincelle une longueur de 3 à 10 centimètres.

Dix séances ont amené la guérison d'une acné miliaire de la région du cou : dans un cas de zona, dès la première séance, l'amélioration fut très grande en ce qui concerne le prurit : les douleurs lancinantes cessèrent après la huitième séance.

Des résultats tout aussi rapides ont été obtenus dans l'eczéma, la vulvo-vaginite.

En résumé, de ces six observations, il est permis de tirer cette conclusion : l'*effluvation* par les *courants statiques induits*, dans certaines affections de la peau et des muqueuses, donne des résultats aussi rapides et aussi démonstratifs que ceux que l'on peut obtenir avec les courants de haute fréquenne appliqués à l'aide du résonnateur.

Les courants statiques induits ont de plus sur ceux-ci l'avantage de nécessiter une instrumentation moins compliquée.

E. VOGT.

De la résorcine dans les papillomes vénériens. (*Jenedelnick* nº 10, 1898). — On sait que, depuis déjà une dizaine d'années, CASERAR BECK a préconisé la résorcine dans les papillomes qu'on ne peut soumettre à une intervention chirurgicale. ZILBERMINTZ ayant eu à recourir à la résorcine dans un très grand nombre de cas préconise le procédé suivant.

Dans les papillomes simples entourés de peau saine il emploie des applications directes de résorcine pure ; ces applications sont faites à l'aide d'un pinceau mouillé. Le papillome est recouvert ensuite d'un simple pansement de gaze.

2º Dans les papillomes diffus, surtout dans les cas ou ils sont localisés dans les régions riches en secrétions ou excrétions physiologiques telles : le prépuce, le gland, le frein, les aines, l'anus et les différentes sinuosités des organes génitaux de la femme, ainsi que sur les muqueuses, l'auteur emploie une solution de résorcine dans le collodion ou dans la traumaticine ; la concentration de cette solution varie de 20 à 50 pour 100.

Comme la résorcine par ses propriétés désinfectantes ne cède guère à l'acide phénique, tout en ne possédant pas les propriétés caustiques et accumulatrices de cette dernière substance, on peut sans aucune crainte badigeonner avec la solution de résorcine de larges surfaces. L'action du collodion et de la résorcine est à la fois cautérisante et astringente.

Pour que le collodion résorciné s'applique étroitement aux coudylomes des muqueuses, il est nécessaire de deshydrater préalablement ces dernières par un certain nombre de badigeonnages avec de la liqueur d'Hofmann. Il est également nécessaire de rappeler aux malades que le collodion et la liqueur d'Hofmann s'allument facilement.

Déjà, après un seul badigeonnage, les papillomes se ratatinent, prennent une coloration grisâtre et se laissent enlever par couches. Dans la périphérie des papillomes, comme l'auteur badigeonne toujours la peau saine où la muqueuse qui entoure le papillome sur une étendue d'un demi centimètre, il se forme un processus inflammatoire, ce qui contribue, au détergement du papillome. Il suffit ordinairement de 3 à 4 badigeonnages par une solution à 20 0/0 pour faire disparaître radicalement le papillome. Une fois celui-ci tombé il suffit pour obtenir la cicatrisation complète de la peau, de quelques saupoudrements avec une poudre astringente quelconque,

Des solutions plus concentrées de résorcine ne sont employées que lorsque les papillomes se trouvent localisés dans les régions où la peau est plus épaisse, et où les papillomes sont plus ou moins cornés (scrotum, face externe des grandes lèvres).

Si les papillomes sont tout à fait au début, l'auteur se borne à les badigeonner avec une solution de résorcine à 2 0/0 ; au bout de 2 à 3 jours, la peau reprend à peu près son aspect normal. Il faut ajouter à ce traitement — chose absolument indispensable — des bains locaux à l'eau boriquée et l'isolement minutieux des régions malades avec des bandes de gaz. Comme les récidives se produisent dans un certain nombre de cas, l'auteur prescrit à ses malades des lavages de la peau pendant assez longtemps avec une solution de résor-

cine à 1 pour 200, et du savon à résorcine salicylique suivies de saupoudrements avec la poudre dont voici la composition :

Talc		80 gr.
Carbonate de zinc,	âà	9 gr.
Sous-nitrate de bismuth		
Résorcine		2 gr.

B. TAFT.

Remarques sur la pathologie et le traitement des affections cutanées les plus importantes, *Die ärtz. Praxis*, nos 8, 10, 11 et 12, 1898). — Il est difficile de résumer en quelques lignes le volumineux travail de WITTZACK, de Francfort-s.-M.; nous nous tiendrons aux détails thérapeutiques, et spécialement aux médications qui nous paraissent différer quelque peu des pratiques en usage en France.

1° *Eczéma, forme papuleuse*. Badigeonnages avec des liquides alooliques contenant 1/2 0/0 d'acide phénique et 1 1/2 0/0 de glycérine, suivis de l'application de poudres (amidon et oxyde de zinc àâ, par exemple). Cette dernière poudre constituera le traitement de choix de l'*eczéma vésiculeux* : il faut se garder d'employer des liquides aqueux dans les cas de ce genre; dans l'*eczéma du scrotum*, quand existe une sécrétion abondante, la poudre en question ne peut toutefois être utilisée, car elle forme un magma non adhérent en se mélangeant à la sécrétion. On appliquera alors des compresses imbibées de liquides astringents :

Acétate d'alumine	10 parties
Solution de sous-acétate de plomb	1 à 5 parties
Eau ad	100 parties

Pour protéger les surfaces privées d'épiderme, le meilleur mélange consiste dans une association de la pâte de Lassar (amidon, 1 partie, oxyde de zinc, 1 partie, vaseline, 2 parties), à l'onguent au précipité blanc (précipité blanc, 1 p., vaseline, 9 p.). On mêlera à 10 parties de pâte de Lassar 1 à 2 parties d'onguent au précipité blanc.

On a tort, dans le traitement de l'eczéma, de ne pas recourir plus souvent aux caustiques. On touche les parties malades avec des tampons d'ouate imbibés d'un liquide contenant 1 partie de lessive de potasse pour 2 à 10 parties d'eau; on lave ensuite à grande eau et termine par l'application de pâte de Lassar. Ce procédé assez douloureux, est très efficace. Les solutions de 10 à 20 0/0 de nitrate d'argent seront utiles dans les eczémas superficiels et appliquées de même que ci-dessus.

Dans l'*eczéma squameux*, l'indication principale consiste dans le ramollissement et l'ablation des squames, par l'emploi d'emplâtres de savon salicylé à 10 0/0 suivi de nettoyage à l'esprit de savon à la potasse (Hebra : savon mou de potasse additionné de la moitié de son poids d'alcool rectifié.) Lorsqu'on se trouve en présence de régions chroniquement infiltrées avec rebords calleux, on recourra au liquide suivant : potasse caustique, 5 parties, eau distillée, 10 parties. On obtient ainsi une masse molle qu'il suffit d'enlever. Les parties enflammées mises à nu seront ensuite traitées comme s'il s'agissait d'eczéma vésiculeux.

Les préparations à base de goudron, l'huile de cade, les préparations sulfureuses sont employées par Wittzack d'après les principes en usage en France, nous ne nous y attarderons donc pas.

2° *Dermatomycoses*. Le *favus* est extrêmement rare en Allemagne, il n'en est pas de même de l'*herpès tonsurant* qui constitue environ le 4 0/0 des dermatoses observées à la policlinique de Francfort. On traitera les parties malades avec une pâte contenant 5 à 10 0/0 de résorcine très pure : les pourtours paraissant sains seront, plusieurs fois par jour, soumis à l'action d'une solution alcoolique de sublimé à 1 : 300, appliquée au moyen de petits tampons d'ouate.

L'*érythrasma*, très fréquent à Francfort est traité par des onctions avec la pommade suivante : .

Naphtol	5 parties
Savon mou de potasse	
Axonge	âà q. s.

pour obtenir 100 gr.

Us. Ext. A appliquer le soir en se couchant après un savonnage complet dans un bain.

Le *scabiès* est traité de préférence par une pommade analogue (formule de Hebra).

Naphtol	15 p.
Savon mou de potasse	50 p.
Axonge	100 p.
Craie blanche pulvérisée.	10 p.

Us. Ext. Une seule application, le soir, suffit dans la plupart des cas.

E. VOGT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

Traitement des suppurations pelviennes. *Société de Chirurgie.* — Séance du 20 juin 1898.

Longue discussion d'où nous détachons les énoncés d'opinions suivants :

M. RICHELOT est partisan de la colpotomie dans les abcès saillants du cul-de-sac postérieur et les phlegmons du ligament large.

La discussion ne peut s'engager que lorsqu'il s'agit d'aborder une collection haut située et reliée ou non au cul-de-sac postérieur par de la pelvi-péritonite séreuse. Dans ces cas l'intervention est délicate et le danger à redouter est l'inoculation, par un pus virulent, du péritoine dans lequel on peut ouvrir directement la collection. M. Richelot a vu cet accident se produire malgré toutes les précautions et a eu à déplorer des accidents allant jusqu'à la mort. Quant aux récidives, elles ne sont pas rares.

Aussi, sans rejeter les conclusions de M. Monod, M. Richelot estime qu'il restreint la voie vaginale aux cas précités. Il s'en tient donc aux idées qu'il a déjà exposées au Congrès de Genève et qui se résument ainsi :

1° L'incision vaginale est indiquée surtout dans les cas de suppuration aigue et récente, faisant une saillie bien nette au niveau d'un cul-de-sac vaginal : un foyer simple et guérison facile ;

2° Elle est encore indiquée dans les suppurations virulentes, suivant de très près l'accouchement, d'autant mieux qu'alors la friabilité des tissus rend très graves toutes les manœuvres d'extirpation ;

3° L'incision vaginale est exposée à laisser après elle sinon toujours des abcès, du moins bien des causes d'infection nouvelle et de réveils douloureux.

M. Le DENTU estime que l'incision vaginale est le plus souvent une opération d'attente. Elle réussit quelquefois dans les suppurations de date récente, dans l'hématocèle infectée ou non; mais souvent aussi elle échoue dans ces cas et nécessite alors une intervention secondaire. L'incision échoue régulièrement dans les hématocèles cloisonnées, ainsi que dans les cas où la collection ne peut être enlevée : la marsupialisation de la poche donne souvent des résultats très remarquables. L'incision vaginale ne donne encore aucun résultat dans les poches multiples.

M. HARTMANN divise les suppuraiions en deux grandes classes : 1° celles qui sont développées soit dans le tissu cellulaire périutérin, soit dans le cul-de-sac de Douglas : ce sont des suppurations sans poche préexistante ; 2° celles qui sont développées dans l'épaisseur même des annexes, comprenant par conséquent une poche développée aux dépens de ces annexes. Il ne s'occupe que de ces dernières : sur 23 cas qu'il a ainsi opérés, il ne lui est jamais arrivé d'ouvrir la collection dans le ventre, comme paraît le craindre M. Richelot. Les résultats immédiats ont été bons dans tous les cas ; au point de vue curatif, les résultats sont également bons, bien que quelques malades restent sujettes à de petites poussées, et que quatre d'entre elles aient dû subir une autre intervention.

M POTHERAT accepte les indications de l'incision vaginale dans les suppurations récentes, uniloculaires, bombant dans le vagin. Il insiste en outre sur ce fait que l'incision vaginale devient dangereuse quand après l'ouverture du cul-de-sac vaginal il est impossible de voir les parties qu'on attaque.

R. BLONDEL.

Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul de sac postérieur. (*Société de chirurgie*, 29 juin 1898). — M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE est d'avis, avec M. REYNIER, que l'incision du cul-de-sac postérieur, ou opération de Récamier, ne doit pas être abandonnée. Elle peut éviter de graves mutilations, dans les abcès qui pointent par le vagin. Ce n'est qu'après avoir essayé cette méthode que l'on peut faire l'hystérectomie secondaire. Cette opinion est donc en réaction sur la pratique tant usitée dans ces dernières années, et qui consiste à créer un drainage large par l'ablation de l'utérus lui-même. Par contre, M. L. Championnière préfère, dans les cas de suppurations étendues, abandonner complètement la voie vaginale pour la voie abdominale. Il attaque de cette façon les poches purulentes, et ne craint pas leur rupture, puisqu'il obtient des guérisons en fermant et suturant sans drainage, même après qu'elles se sont produites. Il place autant que possible ses opérées dans la position horizontale et non dans celle de Trendelenburg. M. REYNIER dit que les collections suppurées gonococciques récentes relèvent de l'opération de Récamier, qui donne là ses meilleurs résultats. Mais lorsque, non seulement la trompe, mais aussi l'ovaire est suppuré et qu'il y a des poches périannexielles, on ne saurait avoir la prétention d'obtenir une guérison durable par

l'incision du cul-de-sac postérieur. Aussi faut-il faire l'hystérectomie secondaire ou même primitive, ou bien la laparotomie, ce dernier chirurgien faisant, à l'inverse du précédent, la part plus large à l'évacuation du pus par l'hystérectomie vaginale. M. MICHAUX ajoute que l'opération de Récamier est indiquée, non seulement chez les femmes jeunes placées dans les conditions sus-énoncées (suppurations gonococciques aigües), mais encore chez les malades affaiblies, qui ne sauraient supporter un traitement radical. C'est donc, dans ces cas, une intervention d'attente ou de pis-aller.

AUG. BENOIT.

Prolapsus de l'épiploon après l'hystérectomie : réduction spontanée dans la position genu-pectorale, par FRANKEL. (*Centralblatt für Gynæk :* 1898 p. 494). — Observation d'une malade opérée par l'hystérectomie vaginale d'un utérus myomateux : l'épiploon étant visible au fond de la brèche péritonéale, un tampon iodoformé fut placé dans celle-ci. Le surlendemain, en présence de quelques symptômes d'obstruction intestinale, l'auteur craignit un iléus et enleva le tampon : mais celui-ci entraîna avec lui l'épiploon qui descendit jusqu'à la vulve. Ne voulant pas employer d'instrument pour le refouler, l'auteur se contenta de placer le malade dans la position genu-pectorale. La pression abdominale diminuant sensiblement dans cette position, la réduction se fit spontanément. La malade guérit sans autre incident.

R. BLONDEL.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme par le protargol par le Dr SALOSCHIN (*Klin. therap. Wochenschrift*, n° 25. 19 juin 1898). — L'emploi du protargol dans la blennorrhagie féminine est dû à Neisser, qui l'expérimenta à sa clinique de Breslau. La solution de protargol, selon son degré de concentration, agit tantôt comme un spécifique du gonocoque, tantôt comme un astringent à action profonde. Le Dr Saloschin a repris ces expériences à l'hôpital Marie-Thérèse de Vienne.

Le protargol fut employé, d'abord, dans 8 cas de gonorrhée aigüe non douteuse, avec vaginite intense, urétrite aigüe et gonocoques abondants dans le pus, reconnaissables à leurs réactions habituelles. La sécrétion du col était muco-purulente et dans deux cas renfermait des gonocoques. Les annexes et le parametrium étaient intacts. L'auteur pratiqua le lavage du canal cervical à l'aide de la sonde de Playfair, au moyen d'une solution de protargol à 5 0/0 : la vulve et le vagin subirent des lavages répétés avec la solution à 2 0/0; enfin, un tampon fut placé dans le vagin, après avoir été trempé dans la solution à 5 0/0. D'autres malades furent soumises comme contrôle à des injections vaginales avec divers produits antiseptiques, lysol, alun, permanganate de potasse, etc.

Le même traitement fut employé dans un plus petit nombre de cas de gonorrhée subaigüe, y compris un cas où l'apparition d'une cystite comme complication nécessita des lavages de la vessie avec une solution de protargol à 1/2 et 1 0/0. Les résultats furent variables, ainsi qu'on pouvait l'attendre de malades non alitées : dans certains cas, on put constater, après ce traitement, une amélioration notable. La muqueuse de la vulve et du vagin se montra moins gonflée, moins rouge, en même temps que la sécrétion diminuait sensiblement. Plus tard, les phénomènes inflammatoires disparurent complètement, ne laissant subsister qu'une légère rougeur, les malades n'étant plus astreintes à un traitement régulier. En somme, dans plusieurs cas, il y eut guérison complète. Dans d'autres, — en général les plus anciens — il fut impossible d'obtenir aucune amélioration, ni d'empêcher la marche progressive de l'infection. Enfin, un troisième groupe de malades cessèrent le traitement et ne furent plus revues.

Il serait peut être prématuré de tirer de ces quelques observations une conclusion ferme à l'égard du protargol dans la gonorrhée féminine, surtout chez les malades libres. L'auteur pense, néanmoins, que ce produit, convenablement employé, pourra rendre des services aux praticiens dans la thérapeutique de cette affection

R. BLONDEL.

Traitement opératoire de la cystocèle, par D. LOWSON (*British med. Journ.* 23 juillet. 1898, p. 232). — Les méthodes proposées pour le traitement de la cystocèle sont innombrables : pessaires, colporraphie, et autres procédés pour retrécir le canal vaginal ont été successivement préconisés et abandonnés par les gynécologues les plus en vue. Il en est de même, lorsque le prolapsus de l'utérus accompagne celui de la vessie, pour l'hystéropexie et l'opération d'Alexander. Dans ces derniers cas, en particulier, il n'est pas rare de voir la malade, une fois l'utérus fixé solidement en haut, recommencer à se plaindre de la même gêne et des mêmes troubles vésicaux qu'auparavant. Il semble alors que l'élévation de l'utérus ait laissé entièrement persister, sinon

même aggravé, le prolapsus du plancher vésical.

Ces considérations ont décidé l'auteur à chercher un procédé permettant de fixer en haut non pas seulement l'utérus, mais la vessie elle-même, en se basant sur les connexions anatomiques de ces deux organes. A cet effet, il distingue trois cas :

Prolapsus de la vessie seule, sans prolapsus utérin, — prolapsus des deux organes à la fois, les rapports de l'utérus et de la vessie restant normaux ; — prolapsus des deux organes, avec altération et distension des connexions utéro-vésicales. Ce dernier cas se produit quand un des deux organes a effectué sa chute avant l'autre.

Les symptômes observés sont bien connus. C'est d'abord, une sensation de pesanteur avec inquiétude de perdre tous les organes par le vagin : c'est aussi l'obstruction de l'orifice vaginal par la poche que forme la vessie, celle-ci emplissant parfois tout le canal et sortant plus ou moins de la vulve, au point d'empêcher l'introduction des canules d'injection et de gêner les rapports sexuels : c'est enfin la cystite, complication extrêmement fréquente, s'accusant par la répétition exagérée des mictions, l'urine trouble et parfois brûlante. Ce trouble est dû à la présence de mucus, de pus, de micro-organismes (bactériurie) de sels phosphatiques ou calcaires, la vessie ne se vidant jamais qu'incomplètement et le résidu subissant la fermentation ammoniacale.

Dans ses recherches pour trouver des moyens de soutien nouveaux à la vessie, l'auteur s'adressa d'abord aux vestiges de l'ouraque que des fibres lisses maintiennent en connexion avec la partie supérieure de l organe; mais ce moyen de soutien lui parut trop faible et il dut y renoncer.

Par contre, les brides hypogastriques, beaucoup plus résistantes, solidement fixées à la vessie, lui parurent réaliser les conditions qu'il cherchait : ces brides, au nombre de deux, venant converger à l'ombilic, représentent les vaisseaux fœtaux, et n'ont pas une disposition absolument constante: les anastomoses entre ces vaisseaux (avec diminution de calibre du vaisseau principal qui les a fournies) sont fréquentes. La disposition la plus habituelle est celle dans laquelle on trouve les deux brides remontant des parties latérales et supérieures de la vessie, en s'inclinant vers la direction de l'ouraque qu'elle ne rejoignent qu'à l'ombilic. Dans quelques cas, la bride du côté gauche s'infléchit brusquemeat pour croiser l'ouraque et venir rejoindre la bride de l'autre côté. D'autres fois encore, une des brides peut manquer complèrement, le plus souvent la gauche. Ce que l'on observe encore, c'est la coalescence de ces deux brides et de l'ouraque à 4 ou 5 centimètres du pubis, sur la ligne médiane, ces trois tractus rejoignant leur point d'union à l'état d'expansion aliforme. Les cas où l'on remontre des anastomoses transversales entre les deux brides, ou un dédoublement de l'une d'elles remontant parallèlement avec sa branche d'origine, sont beaucoup plus rares.

L'auteur, se basant sur ces observations anatomiques, a mis à exécution, dans neuf cas de cystocèle grave, un procédé nouveau consistant à employer les brides hypogastriques comme moyen de soutien de la vessie.

Chez une première malade, il pratiqua une incision abdominale médiane de 6 centimètres allant jusqu'au fascia sous-péritonéal : les bords de la plaie étant énergiquement écartés à l'aide de solides rétracteurs, les brides hypogastriques furent recherchées, puis libérées, au milieu de la graisse doublant le péritoine : ces deux brides furent rencontrées à 5 centimètres environ de la symphyse pubienne. En exerçant une traction sur ces brides, on put constater que la vessie était entraînée avec elles. Une suture fut passée à travers la gaîne du muscle droit et le muscle lui-même, transfixant les deux brides en même temps et cheminant à travers la gaîne et le muscle droit du côté opposé comme dans l'autre. D'autres sutures solides furent placées de la même façon, fixant les tissus des deux brides sur une certaine étendue dans le tissu même des muscles droits. La plaie cutanée fut refermée comme d'habitude.

Dans les premiers temps qui suivirent l'opération, l'auteur fut un peu désappointé de constater que la vessie ne semblait pas avoir subi de ce chef une élévation très importante : il considérait déjà l'opération comme manquée, lorsqu'en examinant le vagin une semaine plus tard, il eut la surprise de voir la saillie de la cystocèle complètement effacée et la vessie remise en place, De fait, la malade fut complètement guérie et, revue plus tard, se montra définitivement débarrassée de son infirmité.

Le cas suivant ne fut pas tout à fait aussi heureux : une légère rechute de la cystocèle reparut quelque temps après : puis vinrent cinq cas excellents avec résultat aussi parfait que dans le premier ; le huitième fut un échec : en recherchant les deux brides sur une femme de complexion assez forte, la bride du côté gauche fut trouvée atrophiée et celle du côté droit dépourvue de toute résistance. Chez la neuvième malade, on ne

put parvenir à découvrir ni l'une ni l'autre bride, bien que le sujet fût assez maigre : l'ouraque était très visible, mais il fut impossible à l'auteur de l'utiliser.

La conclusion de Lowson est que, malgré l'intérêt et la nouveauté de ces recherches, il est difficile d'ériger en méthode générale un procédé reposant sur des dispositions anatomiques aussi inconstantes.

L'auteur se décida alors à faire une boutonnière péritonéale pour fixer définitivement la vessie. A cet effet, une fois l'incision cutanée tracée comme plus haut jusqu'à la séreuse, celle-ci fut ouverte par une incision transversale de 3 centimètres environ, placée à égale distance de la symphyse et de l'ombilic. De chacune des extrémités de cette incision, une incision nouvelle longitudinale fut pratiquée sur le péritoine au moyen des ciseaux, l'incision s'étendant en bas jusqu'aux côtés de la vessie. Le lambeau ainsi circonscrit renfermait les brides hypogastriques et l'ouraque, entraînant avec lui, par conséquent, la partie supérieure et postérieure de la vessie. En tirant sur ce lambeau, la vessie était donc amenée en haut et maintenue dans cette position au moyen de sutures passant à travers le lambeau, les muscles droits et l'aponévrose. Ce procédé est plus pratique que le précédent, en ce sens qu'il demeure indépendant des variations anatomiques des brides hypogastriques : d'autre part, lorsque celles-ci sont bien développées, elles ne font que donner plus de solidité encore au lambeau.

Enfin, un dernier perfectionnement consista pour l'auteur à libérer la vessie en avant et sur les côtés en passant le doigt sous la symphyse, ce temps de l'opération permettant à l'organe de s'élever beaucoup plus haut sous la traction du lambeau.

L'avant dernier procédé avait donné, sur quatorze cas, onze résultats excellents et deux rechutes partielles. Le dernier, appliqué vingt-cinq fois, donna dix-neuf résultats parfaits : les malades déclarèrent ne s'être jamais trouvées aussi bien portantes. Le résultat fut contrôlé par l'auteur en plaçant un doigt dans le vagin, les malades levant les bras en l'air et toussant. Trois malades ont été perdues de vue, dont une était vraisemblablement une rechute, car elle fut opérée par un autre chirurgien. Trois autres continuèrent à se plaindre : d'eux d'entre elles, suspectes d'hystérie, ne présentaient à l'examen aucune trace de prolapsus ; la troisième seule accusa des douleurs et de la fréquence de la miction en même temps qu'une recrudescence de sa cystite ancienne. Il n'y eût aucun décès.

R. BLONDEL

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

De la stypticine. (*La Belgique médicale*, 19 mai 1898). — RONSSE et WALTON ont spécialement étudié la stypticine, qui représente, au point de vue chimique, la méthyloxylhydrastinine ou chlorhydrate de cotarnine.

Les expériences faites sur les animaux ont démontré que la stypticine n'est pas un poison du cœur : elle exerce une action stimulante sur l'appareil circulatoire par influence centrale.

Les auteurs ont administré cette substance chez un grand nombre de malades atteintes d'affections utérines diverses, aux doses de 9 à 15 centigrammes en 3 ou 5 pilules. Ils ont observé que le médicament agit comme l'hydrastinine, mais d'une façon moins rapide et moins énergique, en diminuant les hémorragies liées à la parturition. Si les hémorragies dépendent de la présence de tumeurs utérines, les pertes sanguines ne sont guère influencées, mais on observe un relèvement marqué de l'état général et du pouls. Dans les grandes pertes de sang, à la suite d'opérations, par exemple, la stypticine après quelques jours d'emploi, stimule énergiquement l'action du cœur.

En résumé, la stypticine et l'hydrastinine sont des paralysants ; leur action sur la respiration et le système moteur est d'origine centrale ; avec l'hydrastinine, on observe une période d'excitation qui n'existe pas après l'administration de stypticine. Les deux drogues augmentent la péristaltique intestinale et provoquent ou renforcent au moins les contractions utérines : toutes deux augmentent l'activité cardiaque. Mais, tandis que l'hydrastinine provoque rapidement des modifications circulatoires en agissant à la fois sur le cœur et les vaisseaux abdominaux, la stypticine n'agit qu'à la longue et semble limiter son action sur le cœur. L'action de la première est stimulante, celle de la seconde tonique. L'hydrastinine agit d'une façon analogue au camphre ou à l'éther : la stypticine rappelle plutôt la digitale.

Chaque fois qu'il faudra déterminer une action prompte, comme dans l'anémie aiguë grave, dans les hémorragies *post partum*, on prescrira l'hydrastinine ; si au contraire on recherche une action durable, soutenue, comme dans les affections utérines s'accom-

pagnant d'hémorragies dues à des troubles circulatoires, on recourra de préférence à l'emploi de la stypticine.

E. Vogt.

L'antipyrine. Substances incompatibles. (*Klinisch-therap. Wochenschrift* n° 13, 1898). — Il faut se garder de prescrire l'antipyrine en même temps que des substances contenant de l'acide hypoazotique, telles que le nitrite d'amyle ; il se forme dans ces cas un composé de couleur verte, l'isonitroso-antipyrine, associée, à ce qu'il paraît, à de faibles quantitées d'acide cyanhydrique. Le calomel associé à l'antipyrine produit un composé hydrargyrique organique, présentant des propriétés toxiques très marquées. Les solutions même très étendues d'acide phénique et d'antipyrine donnent lieu lorsqu'on les mélange à un précipité abondant. L'association d'antipyrine et de salicylate de soude, et leur mélange effectué dans un mortier, produit une masse poisseuse ; en solution, les deux substances conservent au contraire leurs propriétés. Le naphtol B et l'antipyrine à l'état pulvérulent, entrent lorsqu'on les mélange, en déliquescence. On sait enfin que le tannin, ajouté à une solution d'antipyrine, donne naissance à un tannate d'antipyrine, qui se précipite: ce dernier sel présente de remarquables propriétés styptiques. L'antipyrine, d'un autre côté, facilite nettement la solubilité de la caféine et des sels quiniques dans l'eau.

E. Vogt.

Remarques sur l'apomorphine. (*American med. surg. Bulletin*, 18 juin 1898).—Babcock prescrit le chlorhydrate d'apomorphine à doses beaucoup plus élevées que d'ordinaire (jusqu'à dix centigrammes en injection stomacale pour une seule dose, ou vingt cent. en quatre doses par jour!). A ces doses, le médicament agit comme expectorant, à condition que la préparation ne contienne pas trace de morphine, et les accès de toux diminuent de fréquence et d'intensité. L'effet obtenu est dans la plupart des cas, extrêmement rapide et bien supérieur à celui qu'on observe avec d'autres médicaments, dans les cas de bronchite aiguë surtout. L'auteur n'a jamais constaté d'accidents et espère que cette médication se répandra davantage, quand on aura contrôlé les effets qu'il a observés.

L'action des injections hypodermiques n'a pas été étudiée.

E. Vogt.

La péronine, son action sur la toux. par A. Mayor. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 6, p. 315, 1898). — La péronine, proposée comme un succédané de la codéine est le chlorhydrate d'un éther benzylique de la morphine :

$$C^{17}\,H^{17}\,Az\,O\,(OC^{6}\,H^{5}\,CH^{2})\,(OH)$$

Elle agirait fort bien au dire de Von Mering, Nowack. Munk, Schrœder, Eberson (à la dose de 0 gr. 02, 0 gr. 04, 2 — 3 fois par jour), contre la toux de la tuberculose pulmonaire, de la bronchite chronique, de la coqueluche. Elle ne provoque pas de sueurs, ne fatigue pas l'appareil digestif. Quant à son mode d'action, elle tiendrait le milieu entre la codéine et la morphine.

Pour le lapin et le cobaye la péronine est un alcaloïde peu narcotique. L'animal tombe bien dans un état de torpeur ; il reste volontiers immobile, mais les yeux restent ouverts ; le moindre bruit le fait sursauter. Si l'on force la dose, on voit se produire un état convulsif. Enfin, si l'on prolonge l'existence de l'animal en entretenant la respiration artificielle, la mort survient par arrêt du cœur ; la péronine est un poison cardiaque. 2 centigrammes 1/4 à 2 centigr. 1/2 de péronine tuent un kilogr. de lapin, tandis qu'il faut 6 centigr. 1/4 de codéine pour aboutir au même résultat.

L'action sur la toux s'expliquerait expérimentalement par ce fait que la sensibilité trachéo-bronchique à l'égard de l'ammoniaque est notablement amoindrie ou même supprimée, quand on injecte de la péronine dans la veine marginale du lapin, à la dose de 1 centigr. par kilogr. d'animal.

G. Lyon.

De la photothérapie, par Niels R. Finsens. (*Presse Médicale*, n° 58, p. 17, 1898). — Parmi les nombreux traitements préconisés pour prévenir la formation des cicatrices de la variole, la méthode par l'exclusion de la lumière paraît légitimée par un fait d'expérience journalière, c'est que les mains et le visage, c'est-à-dire les parties exposées à la lumière, conservent les cicatrices les plus profondes et les plus confluentes.

En juillet 1893, Niels Finsen a proposé de traiter les varioleux dans des chambres où la lumière ne pénétrait que tamisée par des rideaux rouges. Cette nouvelle méthode fut essayée à Bergen, en Norwège, sur huit malades, dont quatre enfants non vaccinés. Chez aucun d'eux la période de suppuration n'apparut. Mêmes résultats chez onze varioleux traités en 1894 par M. Feilberg, médecin de l'hôpital des varioleux de Copenhague. En France, M. Péronnet (thèse de Paris, 1897) a rapporté

8 cas observés par Œttinger : trois malades sont morts d'infection variolique proprement dite. Les cinq autres, qui avaient été soumis au traitement vingt-quatre, quarante-huit et soixante-douze heures après le début de l'éruption, guérirent sans présenter de suppuration vraie. Plus récemment encore M. Abel (de Bergen) a guéri par le même moyen 23 varioleux dont 8 très gravement atteints.

Il semble donc que, par l'exclusion de certaines radiations spectrales, on mette les varioleux dans des conditions de résistance plus considérables. Il ne faut pas d'ailleurs voir dans cette méthode « un traitement de la variole » ; ce n'est qu'un « traitement topique » de l'éruption variolique.

Les malades doivent être placés dans l'obscurité ; les lampes seront munies d'un globe rouge.

Jamais les malades ne devront être exposés, même pendant de très courts instants, à la lumière du jour.

Finsen a traité le lupus au moyen d'une source lumineuse d'où sont exclus les rayons calorifiques ultra-rouges, rouges, orangés et jaunes, par le passage à travers une lentille remplie d'une solution de sulfate de cuivre ammoniacale.

Pendant un temps variant de quelques jours à plusieurs semaines, il a exposé quotidiennement, deux heures durant, une même région de 1 à 3 centimètres à l'action des rayons lumineux. On traite ensuite de la même façon les autres segments dermiques, et l'on continue jusqu'à ce que toute la partie atteinte ait subi l'action des rayons chimiques.

Sous l'influence de ce traitement prolongé, on voit les bords de l'ulcération s'aplanir, la rougeur diminuer, la peau reprendre sa coloration normale et les ulcérations se cicatriser. Finsen dispose actuellement de 59 observations relatives à des lupiques traités. Tous les malades, sauf un, ont été améliorés ; 23 ont guéri, et 30 se trouvent encore en traitement. Enfin 5 malades ont cessé le traitement pour des raisons étrangères.

G. Lyon.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

SYPHILIS

TRAITEMENT GÉNÉRAL

A. Mercure.

A) *Administration du mercure par la voie buccale.*

MERCURE MÉTALLIQUE 0 gr. 05, 0 gr. 15.

a) Pilules bleues du Codex :

Mercure purifié . . .	5 grammes
Conserve de roses . .	7 gr. 50
Poudre de réglisse . .	2 gr. 50

pour 100 pilules. Chaque pilule contient 0 gr. 05 de mercure :

b) Pilules de Sédillot ;

Pommade mercurielle double. .	3 gr.
Poudre de savon médicinal. . .	2 gr.
Poudre de réglisse.	1 gr.

F. s. a des pilules de 0 gr. 20. Chaque pilule contient 0 gr. 05 de mercure

SUBLIMÉ 0 gr. 01 à 0 gr. 03

Bichlorure d'hydrargyre. . .	0 gr. 01
Extrait d'opium.	0 gr. 02
Extrait de gaiac.	0 gr. 04

pour une pilule.

ou Sublimé } âà 0 gr. 01
Extrait thébaïque }
pour une pilule. (Fournier)

Liqueur de Van Swieten :

Eau distillée	900 gr.
Alcool à 90°.	100 gr.
Bichlorure d'hydrargyre. .	1 gr,

0 gr. 015 de sublimé par cuillerée à soupe de 15 gr. (on peut dans cette formule supprimer l'alcool, cause d'irritation pour la muqueuse gastrique, en associant au sublimé le chlorure de sodium).

PROTOIODURE DE MERCURE 0 gr. 05 ; 0 gr. 15 ; dose moyenne chez la femme 0 gr. 06 ; chez l'homme 0 gr. 10.

Pilules de Ricord :

Protoiodure d'hydrargyre. .	3 grammes
Extrait thébaïque	1 gr.
Thridace	3 gr.
Conserve de roses	6 gr.

pour 60 pilules. Chaque pilule contient 0 gr. 05 de protoiodure

ou Protoiodure d'hydrargyre. .	0 gr. 05
Extrait thébaïque.	0 gr. 01
Extrait de quinquina (ad libitum)	0 gr. 10

pour une pilule.

TANNATE DE MERCURE (0 gr. 10 0 gr. 20)
Tannate d'hydrargyre . . . . 0 gr. 05
Extrait de ratanhia } aâ gr.
Extrait de gentiane } gr.
Glycérine
pour une pilule

Les préparations mercurielles administrées en pilules doivent être prises au moment des repas; il en est de même de la liqueur de Van Swieten, que l'on dilue dans du lait.

Le sublimé, en raison des troubles gastriques qu'il détermine facilement, est contre-indiqué chez les dyspeptiques; d'une façon générale, les femmes le supportent moins bien que le protoiodure. On devra l'employer de préférence chez les malades dont la bouche est en mauvais état, car il détermine la salivation moins facilement que le protoiodure. Celui-ci s'adapte mieux aux médications intensives, car on peut élever les doses sans être arrêté de suite par l'intolérance gastrique.

Durée moyenne d'une période de traitement mercurielle : six semaines à deux mois. Ensuite repos d'égale durée avant la reprise du traitement.

B) *Administration du mercure par la peau.*

Frictions) avec *onguent napolitain*, dose moyenne 4 grammes. Doses des médications intensives 8 à 12 gr.

(On peut y associer un peu de baume de Perou.) La friction doit être faite par la main du malade ou la main d'un aide recouverte d'un linge ou d'une peau très souple; parfois avec un frottoir en verre.

Régions à frictionner : parties latérales du thorax, aisselles (mais pas le creux axillaire), face antérieure des avant-bras, face interne des cuisses, mollets. Ne pas faire la friction deux jours de suite à la même place.

Après la friction recouvrir la peau d'un linge trempé dans l'eau chaude. Le lendemain matin savonner, puis poudrer.

15 à 20 frictions en moyenne pour une cure, si la friction est faite chaque jour ou tous les deux jours; ou bien 30 frictions, faites pendant trois jours de suite, puis repos égal, etc.

Friction avec *pommade au calomel* :

Calomel. . . . . 10 gr.
Axonge benzoïnée. 30 gr.

avec les *savons mercuriels*

a) Calomel. . . .10 gr.
Savon neutre. 2030 gr. (Watraszewski).

b) Savon neutre à la glycérine. 30 gr.
Mercure. . . . . 10-30 gr.

Emplâtres). *Emplâtre de Quinquaud* :

Emplâtre diachylon. . . 3000 gr.
Calomel à la vapeur . . 1000 gr.
Huile de ricin. . . . . 300 gr

(En découper un carré d'un décimètre; renouveler l'application tous les huit jours).

Flanelles mercurielles de Merget). Découper dans la flanelle un plastron de 20 à 25 c, que l'on porte la journée directement appliqué sur la chemise ou bien enveloppé dans un sachet d'étoffe mince. Pendant la nuit le plastron est attaché au cou ou placé sous le drap du traversin ou l'oreiller. Renouveler la flanelle toutes les trois semaines.

Bains). Ne sont pas employés comme méthode de mercurialisation générale.

La formule du bain de sublimé pour un adulte est :

Bichlorure d'hydrargyre. . } aâ 10-15 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque } aâ 10-15 gr.
Alcool. . . . . 95. pour dissoudre

(pour bains de 200 litres).

La dose de sublimé pour un bain d'enfant est de 2 à 4 gr.

C) *Administration du mercure par la voie hypodermique et intra-musculaire.*

INJECTIONS DE PRÉPARATIONS SOLUBLES).

Sublimé. . . . . 1 gr.
Chlorure de sodium. . . 6 gr.
Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 50
Eau stérilisée . . . . . 100 cc.

Injecter un centimètre cube.

Bi-iodure d'hydrargyre.

Bi-iodure d'Hydrargyre. . . 0 gr. 40
Huile d'olives stérilisée. . . 100 cc.

Injecter un centimètre cube; 0 gr. 004 de bi-iodure par cent. cube).

Benzoate d'hydrargyre.

Benzoate d'Hydrargyre. . 0 gr. 25
Eau sterilisée . . . . . 30 gr.
Chlorhydrate de cocaïne. } aâ gr. 600
Chlorure de sodium. . . }

Injecter un cent. cube. (GAUCHER)

Cyanure d'hydrargyre.

Cyanure d'hydrargyre. . . . 1 gr.
Cocaïne . . . . . 1 gr.
Eau stérilisée. . . . . 100 gr.
(ABADIE.)

Injecter un cent. cube.

Succinimide mercurique.

Succinimide mercurique. 0 gr. 20
Eau stérilisée. . . . . 100 gr.

Injecter un centimètre cube (0 gr. 002 par cent. cube).

Une série d'injections de préparations solubles comprend de 25 à 30 injections répétées quotidiennement.

INJECTIONS DE PRÉPARATIONS INSOLUBLES.

Calomel.

Calomel. . . . . 1 gr. 50
Huile de vaseline. . . . 15 gr.

Injecter un cent. cube (0 gr. 10 de calomel par cent. cube).

Calomel à la vapeur. . . 0 gr. 05
Cocaïne. . . . . 0 gr. 01
Huile d'olives q. s. pour un cent. cube pour une injection. (PORTALIER)

Oyyde jaune.

Oxyde jaune d'hydrargyre 1 gr. 50
Huile de vaseline. . . . . 15 gr.

Injecter un cent. cube.

Huile grise.

Mercure purifié . . . . . 20 gr.
Lanoline . . . . . 5 gr.
Vaseline liquide . . . . 35 gr. (GAY).

Injecter un dixième de seringue, c'est-à-dire deux gouttes qui équivalent à 0 gr. 05 de mercure métallique.

Salicylate de Mercure.

Salicylate de mercure. . . 4 gr.
Huile de vaseline. . . . . 30 gr.
(HALLOPEAU).

Chaque centimètre cube renferme environ 0 gr. 13 de salicylate. Injecter un demi centimètre cube, deux fois par semaine.

Sozoiodolate de mercure.

Sozoiodolate de mercure . 0 gr. 80
Iodure de potassium. . . 1 gr. 60
Eau stérilisée. . . . . 10 gr.
(SCHWIMMER ET EUDLITZ).

Injecter un centimètre cube qui contien 0 gr. 08 de sozoiodolate.

Les injections de préparations insolubles se répètent généralement tous les huit ou dix jours; trois ou quatre constituent une série de traitement.

Solubles ou insolubles, les préparations mercurielles doivent être intra-musculaires et faites soit en arrière du grand trochanter, soit dans la fesse, soit dans les régions inters-capulo-vertébrales, avec une aiguille de platine iridié, longue de 5 à 6 centimètres.

G. LYON.

(*à suivre*).

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Congrès de la tuberculose. — Mercredi dernier, s'est ouvert à la Faculté de médecine de Paris le 4e congrès pour l'étude de la tuberculose, sous la présidence de M. Nocart assisté de MM. Brouardel, Potain, Bouchard, Cornil et Hérard. De nombreux étrangers assistaient cette séance, parmi lesquels MM. Maragliano de Gênes; Bang, de Copenhague; Espina, de Madrid; Denys, de Louvain; Hirschfelder de San Francisco; Sweinitz, de Washington, etc.

La matinée du même jour avait été réservée par les congressistes à une visite de l'hôpital Boucicaut. Le service du Dr Letulle consacré au traitement des tuberculeux, leur a été montré en détail. Le Dr Labbé a fait la démonstration de son appareil pour l'inhalation de l'ozone, et le Dr Ribard, dans une intéressante conférence, exposé sa méthode de crymothérapie, c'est-à-dire d'application du froid sur le creux épigastrique pour ramener l'appétit chez les phtisiques.

Le jeudi matin, à l'hôpital Saint-Louis, M. G. Bang, de Copenhague, a fait une conférence, avec présentation d'appareil sur le traitement du lupus par les rayons lumineux coloré et concentrés, suivant la méthode de son compatriote, le professeur Finsen.

Le vendredi à 5 heures, à l'amphithéâtre de M. Gariel, séance de radiographie appliquée au diagnostic et au traitement de la tuberculose.

Samedi matin, au laboratoire de M. le professeur Bouchard, à la Charité, diagnostic radiographique des affections de poitrine.

Association française d'urologie. — La troisième session de l'*Association française d'urologie* se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 20 au 22 octobre 1898, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Des infections vésicales.*

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : *M. E. Desnos, 31. rue de Rome.*

Association de la Presse Médicale française. *Réunion du 1er juillet 1898.* — Le 1er juillet 1898 a eu lieu la 41e réunion de l'*Association de la Presse Médicale* sous la présidence de M. Cornil. Vingt-cinq personnes y assistaient.

1° EXPOSITION DE 1900. — M. le président a fait part des démarches faites par le Bureau de l'Association auprès du Directeur général de l'Exposition de 1900. M. Picard a promis de donner une réponse aussitôt qu'il le pourrait.

2° CLUB MÉDICAL DE PARIS. — M. le Dr Doléris a fait un rapport sommaire sur l'organisation future de ce club et a rappelé qu'on vient d'en fonder un à Berlin sous la présidence de M. Lassar, à l'exemple de ce qui existe depuis longtemps à Vienne et à Londres.

La discussion a été renvoyée au mois d'octobre. Les futurs statuts seront imprimés et distribués, avant la prochaine réunion, à tous les membres, par l'intermédiaire du bureau.

3° COMPTES DE 1897. — M. le Trésorier fait approuver les comptes de l'année dernière. Après avoir liquidé l'arriéré (souscription Lafitte, 1000 fr., fêtes russes et réunions diverses, 700 fr.), l'Association possédait en caisse fin 1897 une somme de cinq cent cinquante francs environ.

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Officiers. — MM. les Drs Heckel (de Marseille); Vidal (d'Hyères); Lecorre (colonies).

Chevaliers, — MM. les Drs M.-J.-M.-E. Rousset; Evrard (médecin de l'armée territoriale); A.-C. Castellan, Daliot, Damany, Mortreuil, Nollet, Rapuc, Recoulles, C.-A.-D. Robert (médecin de la marine), Preux et Ricard (colonies).

Les hôpitaux aux indigents. — M. le directeur de l'Assistance publique, dont nous ne saurions trop louer les excellentes intentions, a fait afficher à la consultation gratuite de la Pitié l'avis suivant :

« La consultation est réservée aux malades indigents et nécessiteux. »

Remplacements de médecins. — Pendant la période des vacances, l'Association générale des étudiants de Paris se met, comme les années précédentes, à la disposition de MM. les médecins, pour leur envoyer immédiatement des étudiants ayant seize inscriptions ou des docteurs. Prière d'envoyer la demande avec les conditions et la durée probable, 41, rue des Ecoles, au bibliothécaire de l'Association.

Faut-il rechercher et traiter le gonocoque chez les prostituées? — FREUDENBERG adopte la négative, en dehors des cas aigus. Les malades se présentent à la visite après avoir pris des injections nombreuses, et échappent ainsi au contrôle : le traitement, même intra-utérin ne donne pas de résultats appréciables, et les pouvoirs publics dépensent en pure perte des sommes considérables pour obtenir un effet thérapeutique fort problématique.

(*Deutsch. med. Zeit.*

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'art des accouchements, par S. TARNIER et P. BUDIN, professeurs de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Paris, membres de l'Académie de médecine de Paris, etc. Tome IIIe — **Dystocie maternelle** 1 volume in-8 de 771 pages avec 168 fig. dans le texte, Paris, G. Steinheil, éditeur. - Prix 12 fr.

Ce troisième volume de l'œuvre, aujourd'hui classique dans le monde entier, du maître accoucheur français, était presque achevé quand la mort est venue l'emporter, dans le temps même qu'il en corrigeait les épreuves. Son disciple préféré, que la Faculté s'est honorée en désignant comme son successeur, M. P. Budin, a achevé de le mettre au point. Ce volume, d'ailleurs, en dehors de la part prépondérante prise dans sa confection par les professeurs Tarnier et Budin, renferme un certain nombre d'articles pour la confection desquels le maître s'était adjoint la collaboration de plusieurs autres de ses élèves, aujourd'hui devenus des maîtres à leur tour. C'est ainsi que M. Maygrier, l'éminent accoucheur de la Charité

a rédigé toute la partie relative à la dystocie des parties molles et à quelques complications du travail ; M. Bonnaire a traité les vices de conformation du bassin et la disjonction des symphyses pelviennes ; M. Tissier, les hémorragies de la fin de la grossesse et de l'accouchement, et M. P. Bar l'éclampsie dans une excellente monographie.

Il serait difficile d'analyser en quelques lignes la matière d'un aussi important ouvrage. Avec une semblable collaboration, le lecteur est certain à l'avance de trouver clairement exposées et discutées avec toute la compétence nécessaire, les questions multiples qui se rattachent à un aussi vaste et aussi important sujet que celui de la dystocie fœtale. Il en est peu, en effet, qui intéressent à un plus haut point le praticien, tant à la ville qu'à la campagne, peu qui demandent plus de solutions précises, nettes, sagement établies, minutieusement exposées.

On trouvera dans ce volume, tout à la fois, les qualités didactiques nécessaires au livre de chevet du praticien, et l'étendue des connaissances, l'abondance des documents, la sagacité de la critique réclamées par ceux qui iront étudier à fond dans cette œuvre, qui fut celle de toute la vie de Tarnier, l'obstétrique telle que les travaux modernes l'ont faite.

R. BLONDEL.

La famille névropathique. *Théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la degenérescence*, par le Dr Ch. Férè, médecin de Bicêtre, 1 vol in-12, cartonné à l'angl., de la *Collection Médicale*, 4 fr. Deuxième édition revue et augmentée. (F. Alcan, éditeur.)

L'auteur s'est proposé d'expliquer, l'hérédité des maladies nerveuses et leur parenté avec les maladies diathésiques étant admises, comment celles-ci peuvent se manifester en dehors de l'hérédité.

M. Féré montre que ces exceptions, connues sous le nom d'hérédité dissemblable et d'hérédité collatérale, se trouvent dans les familles tératoloques qui, souvent, sont des familles pathologiques. Ce qui est pathologique, ce sont des troubles de nutrition de la période embryonnaire, entraînant des effets différents suivant l'époque à laquelle ils se produisent. Les troubles du développement commandent la prédisposition morbide. Ces troubles réalisent une destruction progressive des caractères de la race ; la dégénérescence, quelle que soit sa cause, peut être définie une dissolution de l'hérédité, qui aboutit, en fin de compte, à la stérilité.

Un chapitre est consacré au caractère tératologique de la dégénérescence. L'auteur montre, par des expériences, qu'il n'y a aucun rapport nécessaire entre une déformation et telle ou telle cause de dégénérescence ; il reproduit dans des couveuses artificielles les mêmes dissemblances que dans les familles tératologiques ou pathologiques. Des faits cliniques et expérimentaux semblent indiquer que l'on peut, en agissant sur la nutrition de l'embryon, résister aux influences dégénératives.

L'auteur, depuis la première édition parue il y a quatre ans, a continué ses recherches ; aussi a-t-il pu faire de nombreuses additions, notamment aux chapitres traitant de l'hérédité tératologique, des rapports des malformations et de la prédisposition morbide, de la tératogénie expérimentale, de la prophylaxie. — Parmi les chapitres nouveaux ajoutés à cette deuxième édition, nous signalerons celui qui est relatif à la parenté morbide des tumeurs.

R. BLONDEL.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3 rue Bourdaloue. Paris. *Le Propriétaire-Gérant* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Congrès. — Le 5e Congrès international pour l'étude des eaux potables et minérales, de la climatologie et de la géologie, lequel se tiendra à *Liège, du 25 septembre au 3 octobre* 1898, sous le Haut Protectorat du Prince héritier de Belgique, sera attrayant par ses débats scientifiques et apportera des contributions bien commentées à des problèmes éminemment pratiques : il ne sera pas moins utile par les excursions déjà organisées.

Outre les excursions principales, le comité organisera, dans le cas où un nombre suffisant de demandes lui parviendraient, des visites en plusieurs localités intéressantes à différents points de vue, notamment aux grottes célèbres de Han-sur-Lesse, au grand barrage de la Gileppe, à Tongres (fontaine dite de Pline) aux sources de Harre, aux Thermes de Chaudfontaine, à Tilff, etc.

Tous les voyages en chemin de fer se feront avec une réduction de 50 0/0 sur les prix ordinaires.

Les rapports préliminaires, dûs à des savants belges et étrangers, la liste des communications annoncées, les renseignements divers, les bulletins de souscriptions, etc., seront envoyés à quiconque en fera la demande au Dr Jorissenne, *Secrétaire général*, boulevard de la Sauvenière, 130, à Liège.

Les questions sur lesquelles des rapports sont préparés, ont trait, en général, aux matières suivantes :

1° *En hydrologie.*

Les systèmes de captage avec leurs perfectionnements, les procédés de recherches, la protection légale, la classification, l'histoire des eaux thermo-minérales.

Les microorganismes dans les eaux de boisson, leur stérilisation par l'ozone. Le rôle dynamique de l'eau dans la nutrition. La théorie de l'action hémostatique de l'eau chaude.

Les gaz et les vapeurs qui se dégagent des eaux minérales et leurs transformations.

Les applications thérapeutiques de diverses sources minérales, notamment des eaux sulfureuses de Budapest, d'Aix-la-Chapelle, d'Ax, des Eaux-Bonnes, de Luchon, de Cauterets, visant particulièrement la syphilis et les affections pulmonaires; des boues de St-Amand et de Spa, des eaux de Lamalou dans le tabes dorsalis; de Contrexéville dans le diabète; de Vittel dans la lithiase biliaire, etc.

Quelques études scientifiques sur plusieurs eaux, de Spa, Cauterets, Mont-Dore, Eaux-Bonnes. La therminologie hydrologique. L'enseignement de l'hydrothérapie.

L'hydrologie et le physiologisme du cœur dans les affections pulmonaires. Les effets de l'acide carbonique.

L'hygiène et la thérapeutique auxiliaire d'une cure hydrominérale.

Les moyens pratiques de faciliter les cures hydrominérales au plus grand nombre.

2° *En climatologie* :

La répartition de l'eau dans l'air et le sol des hautes régions du globe au point de vue climatologique; les climats de montagnes; l'utilisation des observations hygrométriques; quelques stations d'altitude, etc.

L'observation journalière des radiations solaires, son utilité ; les heures de soleil au point de vue hygiénique ; l'enregistrement de la luminosité : l'emploi de nouveaux photomètres.

La température ; détermination de la température journalière de l'air ; ses variations sous le rapport de l'établissement des sanatoria : la température moyenne d'une source et de l'air à Spa, etc.

Le temps et la maladie.

La substitution nécessaire de la méthode analytique à la méthode synthétique en climatologie médicale.

Les recherches ozonométriques dans l'air. Le grisou ; ses relations avec les bruits marins (mistpœffers) et avec les dépressions barométriques.

Le littoral belge, sa topographie médicale, ses conditions sanitaires. La cure du trachome et des affections scrofuleuses sur les côtes belges.

L'institution de sanatoria et de stations cliniques à bon marché.

3° *En géologie :*

La circulation des eaux dans les calcaires compactes.

Les qualités et les défauts des eaux artésiennes en relation avec leur origine géologique.

L'exploitation des mines en Belgique au point de vue de la vie et de la santé des ouvriers qui y sont employés. La lutte contre le grisou, etc.

Les communications se feront en français, allemand, anglais et néerlandais.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement ponr les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 frr	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapport sur l'emploi des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose. (1)

Par M. le Professeur LANDOUZY

(*Suite et Fin*)

C'est en tablant sur les principes de la Bactériothérapie que le professeur Maragliano croyait pouvoir fabriquer un sérum doué de propriétés anti-microbiennes et antidotiques c'est-à-dire immunisateur et curateur. L'inventeur de la sérothérapie italienne nous dit avoir réussi ces derniers temps à renforcer son sérum, puisque son Rapport, dans le bilan qu'il nous apporte de sa médication, signale plus nets, plus constants, les résultats thérapeutiques donnés, depuis dix-huit mois, un peu partout, principalement dans la péninsule.

Le professeur Maragliano prétend pouvoir donner à son sérum des propriétés d'immunisation et de curation antituberculeuses; cela étant, la Sérothérapie italienne aurait progressé dans la voie microbicide que poursuit avec tant d'ardeur l'inventeur génois. Peut-être ainsi, le sérum italien, par la masse des succès cliniques enregistrés, en appelle-t-il de l'opinion que je formulais dans mon enseignement de 1896, sur la sérothérapie italienne, et cela d'après ce que j'avais de mes yeux vu à Gênes, d'après ce que j'avais lu des nombreux travaux parus sur la matière, d'après enfin ce que j'avais observé sur ceux de mes malades traités à Paris, par le sérum que m'avait directement fourni l'Institut génois.

Tout en reconnaissant à la sérothérapie une certaine valeur, je disais :

« Il semble, à ne viser que la toxine tuberculineuse fébrile, fonction d'infection bacillaire tuberculeuse, à ne viser que l'antidotisme tuberculeux, il semble, disais-je, que le sérum de Maragliano soit un progrès. Il semble y avoir, dans l'emploi du nouveau sérum une efficacité contre la toxémie tuberculineuse, plus que contre l'infection tuberculeuse elle-même ; le sérum de Maragliano, contrairement à ceux des sérums que nous savons être à la fois antimicrobiens et antitoxiques (sérum antidiphtérique, par exemple), paraissant doué spécifiquement de propriétés antidotiques, antituberculineuses. C'est que le sérum italien semble agir contre la toxémie secondaire de la tuberculose plus que sur

(1) Rapport fait au *IVe Congrès International pour l'étude de la tuberculose*, Paris, le 29 juillet 1898.

la maladie causale ; le sérum paraissant porter son action antidotique sur un des éléments — et non le moindre — constitutif de l'éthisie, sur la tuberculine élaborée dans l'organisme du phtisique par ses propres bacilles. »

Si dans ses tentatives immunisatrices et curatrices antituberculeuses, la sérothérapie italienne a pu progresser, ne serait-ce pas un fait qui prouverait que le progrès annoncé n'aurait dû son commencement de réalisation qu'aux fortes intoxications tuberculeuses imposées par le professeur Maragliano à ses animaux sérumifères?

Ne savons-nous pas que l'inventeur du sérum italien n'injectait aux animaux, en passe de devenir sérumifères, de la tuberculine, qu'après leur avoir, au préalable, inoculé toutes les substances toxiques qu'il retirait de cultures très virulentes de tuberculose humaine?

On sait que le savant Maître sépare ces substances bacillaires en deux groupes dont la préparation comme les propriétés diffèrent pour chacun :

Le produit A hyperthermisant, renfermant les matériaux provenant du corps même des bacilles, contiendrait les protéines. Le produit B, hypothermisant, renfermerait le sécrétions bacillaires, et contiendrait les toxoalbumines avec un peu de protéine.

Peut-être le sérum italien doit-il ses propriétés annoncées à l'intensité maxima d'intoxication tuberculineuse que le professeur Maragliano parvient à produire chez l'animal inoculé? Il y a dans sa manière de renforcer l'intoxication de ses animaux, en leur injectant trois parties de A avec une partie de B, quelque chose qui rappelle *mutatis mutandis*, la méthode au moyen de laquelle les frères Buchner, puis Koch, obtiennent par trituration mécanique les principes actifs cellulaires, de la levure de bière, du bacille pyocyanique, des vibrions cholérlques et des bacilles de la tuberculose.

Si la sérothérapie italienne promet de meilleurs résultats que les autres sérothérapies, c'est qu'elle a su mieux utiliser les toxines des bacilles que ses devancières. C'est que les premiers sérums préparés à fins immunisatrices n'étaient pas parvenus à toucher plus la vitalité des bacilles de Koch qu'à atténuer leurs sécrétions toxiques. C'est que les premiers sérums, non encore bien manutentionnés avec les principes toxiques bacillaires, ne semblaient guère agir que sur l'organisme bacillifère (comme l'eut fait un sérum physiologique) dont ils stimulaient la puissance réactionnelle par incitation de toutes ses activités phagocytaires.

C'est que pour la confection des premiers sérums, préparés à fins antituberculeuses, on n'avait pas pris soin, comme Maragliano songea à le faire, de solliciter des animaux toute une somme de réactions à opposer au total des substances bacillaires qui leur étaient inoculées.

Si les résultats enregistrés par la sérothérapie italienne sont autres que ceux obtenus par l'injection d'autres sérums physiologiques, c'est aussi que l'organisme des animaux sérumifères a été travaillé par des poisons bacillaires inoculés progressivement jusqu'au maximum de toxicité contre lesquels il a fallu que l'organisme se défendît par toute une série de réactions qui, seules, lui ont conféré partielle ou totale, à temps ou à perpétuité, l'immunisation.

Si, dès son avènement, on a vu dans la sérothérapie italienne un progrès, c'est que les autres sérums antituberculeux permettaient de croire autant à leur rôle d'excitant physiologique qu'à leur rôle d'excitant spécifique, les sérothérapies jusqu'ici obtenues semblant aller droit au service du malade en excitant ses activités cellulaires normales, plutôt qu'elles ne paraissaient intervenir spécifiquement contre la tuberculose. Là où il eût fallu donner à la *natura medicatrix* le secours d'activités antimicrobiennnes et antitoxiques, la Sérothérapie n'apportait guère qu'un appoint physiologique.

Certains succès de la sérothérapie dite immunisatrice, obtenus seulement en matière de tuberculoses circonscrites et nettement localisées, chirurgicales ou médicales, viennent singulièrement à l'appui de cette manière de voir et de ma manière d'interpréter le rôle du sérum.

De cette thérapeutique plus propre à exciter les activités physiologiques que des réactions spécifiques, relèvent les indiscutables améliorations obtenues par Broca et Charrin et d'autres — injectant du sérum de chien rendu tuberculeux — dans les tuberculoses chirurgicales, en particulier dans les tuberculoses de la peau.

Pour celles-ci, la clinique obtenait de la sérothérapie un bénéfice plus certain, le sérum se montrant, même avec son faible pouvoir immunisateur, être à la hauteur des circonstances. Ne savons-nous pas les tuberculoses cutanées, pauvres en bacilles, faciles à l'imprégnation immédiate du sérum, tributaires d'intoxication tuberculeuse pure, les associations microbiennes y étant, d'ordinaire, aussi rares qu'elles sont communes dans la tuberculose pulmonaire?

C'est par le sérum de chien tuberculisé, on se le rappelle, que Broca et Charrin guérissaient une ulcération fongueuse rebelle, tuberculeuse, consécutive à l'ablation d'un ganglion épitrochléen, et amélioraient une ulcération atone, développée au niveau de la cuisse à la suite de l'extirpation incomplète d'un lupus. Sous l'influence du même traitement : se cicatrisaient deux vastes lupus ulcéreux du membre supérieur: s'améliorait un lupus du bras non ulcéré, ainsi qu'un petit lupus de la face.

Les cicatrisations obtenues dans ces tuberculoses locales, ulcéreuses, qu'on pourrait appeler néoplasiques, offrent plus d'une analogie avec les résultats obtenus au cours de certaines syphilis tertiaires, ulcéreuses ou néoplasiques, traitées avec succès par le sérum d'âne, auquel on avait préalablement injecté du sang d'homme syphilitique afin de doubler (telles étaient du moins les visées purement doctrinales de la médication essayée) le pouvoir antidotique du sérum vis-à-vis des syphilides en évolution.

Cette action visiblement modifiante et cicatrisante des processus localisés, tuberculeux et syphilitiques paraissent être fonction de suractivités physiologiques phagocytaires, doublées peut-être d'actions spécifiques cellulaires sollicitées par la sérothérapie, au même titre que, sur des chevaux injectés préventivement contre le tétanos, la thérapeutique comparée nous a révélé une action du sérum anti-tétanique — nous savons que la Sérothérapie antitétanique est fonction de procédés de bactériothérapie puisque c'est par inoculation de cultures des bacilles de Nicolaïer que l'on force les animaux à devenir sérumifères — : la thérapeutique comparée nous a révélé une action du sérum antitétanique si fort cicatrisante, que chez les animaux préventivement immunisés, les plaies présentent un aspect tout autre et leur guérison se fait beaucoup plus vite que s'ils n'avaient point été inoculés.

Dans ces observations de Broca et Charrin comme dans les nouvelles observations du professeur Maragliano, il y a plus que des résultats cliniques, il y a, pour qui sait les principes généraux de l'immunisation, toute une série d'invites à chercher le traitement de la tuberculose par l'application de la méthode mixte, par l'application de la toxino-sérothérapie.

C'est à préparer un sérum par l'intermédiaire de tuberculines aussi épurées et aussi puissantes, par exemple, que T R, que la Pharmacodynamie nouvelle devra s'appliquer, si elle veut réaliser la thérapeutique immunisatrice et curative de la tuberculose. La voie est ouverte à la Thérapeutique qui n'aura garde d'oublier que les seuls résultats encourageants enregistrés par la Sérothérapie, seconde manière, étaient ceux qu'avaient obtenus :

En 1895, Héricourt et Richet, en traitant deux tuberculeux à l'aide de sérum de chien immunisé ; Behring qui, par inoculation de tuberculine à des animaux, fabriquait un sérum par lequel il préservait les cobayes tuberculeux contre des doses mortelles de tuberculine.

Babès et Broca, qui traitant des animaux successivement par la tuberculine, puis par les bacilles morts, fabriquaient un sérum dont l'injection précoce et massive, non seulement guérissait la tuberculose expérimentale, mais encore empêchait le développement du bacille *in vitro* et le rendait inoffensif pour le cobaye.

***

C'est dans ce sens de l'accumulation des effets et de l'association des ressources de la Toxinothérapie aux effets et aux ressources de la Sérothérapie, que devra, à mon avis désormais s'engager la Thérapeutique spécifique antituberculeuse. Pour ce, il faudra que nous disposions de tuberculines plus puissantes : elles serviraient à de nouvelles sérothérapies que Behring semble entrevoir — dans un avenir encore lointain, tant lui apparaissent grandes les difficultés du problème — pour la réalisation d'une thérapeutique immunisatrice.

Behring admirateur et partisan de la méthode générale de Koch, se serait, hier justement, au Congrès international d'Hygiène de Madrid, avoué assez sceptique sur les chances du traitement spécifique de la tuberculose par la Tuberculine, si des faits expérimentaux ne lui laissaient espérer pouvoir réussir là où tant d'autres ont échoué.

Behring proclame hautement, que c'est par la découverte de Koch que pourra être réalisée la sérothérapie préventive et curative de la tuberculose. Si les tentatives d'immunisation humaine par T R, n'ont qu'incomplètement réussi, il n'en serait pas de même pour certaines autres tuberculoses que Behring serait parvenu, au moins une fois, à vaincre, chez une bovidée ?

Ayant pu, par des injections répétées de Tuberculine, guérir une vache tuberculeuse, Behring a trouvé dans le sérum de cette vache un produit nouveau qu'il nous dit avoir tout lieu de considérer comme une antitoxine, puisque 2 c. c. 5 de ce sérum neutralisaient une fois un quart, et une fois et demie, la dose minima mortelle de toxine spécifique douée d'un pouvoir toxique d'environ 1.500 m[1], c'est-à-dire capable de tuer, à la dose de 1 gramme 1.500 grammes de cobayes, soit deux cobayes.

D'après cela, au moins une fois, Behring aurait réussi dans ses tentatives et le succès de son expérience nous ramène au même ordre d'idées qui conduisit à la fameuse découverte de la sérothérapie antidiphtéritique, avec cette seule différence, que, dans le premier cas, la Pharmacodynamie utilise comme agent initial de Matière Médicale microbienne le corps d'un bacille de Koch trituré, exprimé et lavé, tandis que, dans le second cas, l'agent de Matière Médicale est représenté par un bouillon de cultures que les bacilles de Lœffler ont saturé eux-mêmes de leur toxine.

Si nous en sommes encore en matière de traitement spécifique de la tuberculose, à la période des espérances, c'est que ni contre la tuberculose humaine ni contre la tuberculose

(1) 1 m représentant la quantité minima de tuberculine nécessaire pour tuer un gramme de cobaye sain.

animale, aucune antitoxine ne s'est montrée constamment et suffisamment victorieuse. A ce titre, nous devons faire à Behring crédit des succès qu'il compte obtenir par le choix qu'il vient de faire « de certaines espèces d'oiseaux pour se prêter mieux que les mammifères à la préparation d'une antitoxine tuberculeuse ».

Quoi qu'il en soit de tout ce qu'il y a encore d'aléatoire dans la dernière communication de Behring, je devais la relater ici, tant à cause de la très haute compétence de son auteur, qu'à cause de l'intérêt que la Pharmacologie doit prendre à l'étude de tous les procédés propres à préparer les toxines tuberculeuses qui contraindront les animaux à nous fabriquer une ou plusieurs antituberculines.

Quels que soient les modes de préparations employés, tous se proposent d'isoler le plus complètement possible des cellules bacillaires celle des substances, et celle-là seulement, qui serait immunisante et antidotique, la séparant complètement de tous les principes engangués dans le protoplasma microbien, principes qui pourraient agir en des sens autres ou des sens contraires.

Comme s'il voulait tracer tout un programme de Pharmacodynamie des substances bacillaires du microbe de la tuberculose, Behring aime à nous faire de ce microbe un schéma qui se vérifie expérimentalement, hors, bien entendu, l'ordonnance géométrique que le professeur de Marbourg y introduit.

La toxine spécifique du bacille de Koch serait logée dans une charpente de soutien qui, elle-même, serait encore incluse dans une membrane de graisse et de mucine. Si par la soude on dissout la mucine d'un volume défini de corps bacillaires, qui abandonnent ensuite leurs matières grasses à de l'éther, à du chloroforme ou à de l'oxyde de carbone, on obtient une toxine résiduelle, de toxicité plus grande, en ce sens que 60 parties du produit secondaire, équivalent à 100 parties du produit initial.

La toxine la mieux épurée sera donc celle qui, sous le moindre volume, déterminera les effets les plus toxiques. Qu'il s'agisse de tuberculine T R, de tuberculine T D ou de tuberculine T Dr de Behring, la Pharmacodynamie se trouvera toujours aux prises avec un même produit, elle comptera toujours avec une toxine qualitativement identique quoique quantitativement différente.

C'est sur l'emploi de sa Tuberculine T Dr que table Behring pour les recherches qu'il veut faire lui-même avec ses « espèces aviaires », aussi bien que pour les expériences qui vont, en grand, être entreprises à l'école vétérinaire de Berlin, sous la direction de Schütz.

T Dr est la plus active des substances qui jusqu'ici aient été isolées des bacilles de Koch ; on la prépare en extrayant des corps bacillaires à 150° et dans le vide, au moyen de l'eau glycérinée, un liquide qui, refroidi, précipite des corps albuminoïdes instables dont on sépare la toxine par centrifugation. T Dr a un pouvoir toxique tel que 1 gramme suffit pour tuer 12,500 grammes de cobayes sains, soit une quinzaine de cobayes.

Pareille puissance d'intoxication n'est pas faite pour nous surprendre, pareils résultats ne sont pas faits pour nous amener à désespérer, en médecins, de l'avenir de la Toxinothérapie. Pareille puissance d'intoxication n'a rien qui nous étonne ; n'avons-nous pas appris des toxines tétanigènes et antitétaniques les effets toxiques et antitoxiques invraisemblables auxquels peut se hausser la Toxinothérapie ?

Ne savons-nous pas, par le professeur Vaillard, que la dose de toxine tétanique nécessaire pour tuer un cobaye, atteint à peine 0 gr. 000,025 millionièmes de gramme, et l'un des chevaux vaccinés par le professeur Nocard n'a-t-il pas fourni un sérum si actif qu'il suffisait d'en injecter à un cobaye un trillionième de son poids pour le vacciner sûrement contre la toxine tétanique !

C'est encore l'histoire de la toxine diphtéritique qui, récemment préparée par Spronck, d'Utrecht, en cultivant le bacille diphtéritique dans une décoction de bière additionnée de sel marin et de peptone, tue un cobaye à la dose d'un dixième de goutte !

On comprend combien, répétée et successive, l'imprégnation de l'organisme humain ou animal par de pareils toxiques, qu'ils soient endogènes comme dans la tuberculose ou dans la diphtérie non expérimentales, ou qu'ils soient exogènes, comme dans les manœuvres de la Toxinothérapie ; on comprend combien l'imprégnation d'un organisme animal par de pareils toxiques, puisse l'inciter à la somme des réactions, qui, dans les cas heureux. l'amènent à s'antidoter lui-même, à être mithridatisé, et cela grâce aux ressources que la *natura medicatrix* trouve dans ses activités cellulaires et dans ses forces phagocytaires.

Ce sont ces activités cellulaires et ces forces phagocitaires qui amènent l'homme et l'animal peu à peu intoxiqués, à une manière de chimisme antimicrobien et antidotique qui rend possible la lutte contre les maladies infectieuses, contre la tuberculose et contre les autres.

Ce nouveau chimisme pathologique, est œuvre de la réaction de l'organisme au contact de la tuberculine sécrétée par les foyers bacillaires au même titre que la fièvre et les congestions locales sont le fait des injections de lymphe de Koch, fièvre sur laquelle spéculait son inventeur quand il nous donnait son extrait tuberculeux glycériné comme le réactif spécifique de la tuberculose.

Cette propriété diagnostique de la Tuberculine intéresse l'histoire générale de la Toxinothérapie antituberculeuse, parce que la lymphe de Koch sert *médiatement* à la thérapeutique de la tuberculose, ensuite parce que l'histochimisme et le dynamisme nouveaux auxquels conduisent les imprégnations tuberculineuses nous amènent à mieux connaître la biologie des bacilles de Koch et le vitalisme pathologique des tuberculeux.

C'est dans ce sens, que la doctrine qui mène la Toxinothérapie n'a pas le droit de se désintéresser des tout récents travaux du professeur Arloing, et de M. P. Courmont qui ne serviraient à rien moins qu'à nous révéler, par des réactions bactérioscopiques, le chimisme spécifique des néotuberculeux.

C'est par des manœuvres de séro-diagnostic, rappelant celles de Widal pour la fièvre typhoïde éberthienne, que semble-t-il, on arrivera à reconnaître l'humorisme nouveau qu'impose à un organisme malade sa toxi-infection tuberculeuse ou tuberculineuse.

Le professeur Arloing ayant réussi, en milieu liquide, des cultures de bacilles de Koch parfaitement homogènes dans lesquelles les bacilles étaient isolés et mobiles, aurait observé l'agglutination dans ces cultures, en les additionnant de 1/10 de sérum de chèvres tuberculinées ou tuberculosées ?

Fait qui intéresse la pharmacodynamie des toxines tuberculeuses, la réaction histochimique qui conditionne le chimisme des organismes toxi-infectés est telle, que le pouvoir agglutinant du sérum se développe expérimentalement avec une très grande rapidité. En douze jours, le professeur Arloing, fit apparaître le pouvoir agglutinatif, chez une chèvre, par injection de 6 centimètres cubes de tuberculine brute, et, chez un lapin, par l'injection de 25 gouttes !

Pour être spéciale à l'imprégnation tuberculineuse, la séro-réaction trouvée par Arloing ne serait peut-être pas fonction exclusive de réaction tuberculineuse, puisque d'autres principes empruntés, par exemple à la Matière Médicale végétale, la produiraient, puisque le professeur de Lyon aurait trouvé la réaction avec la créosote, le gaïacol et l'eucalyptol, qui, tout enconférant à l'économie le pouvoir agglutinatif, restent inactifs *in vitro*.

Sans entrer dans des considérations de Thérapeutique générale qui nous amèneraient (nous souvenant des analogies de constitution qui rapprochent les protéines végétales et microbiennes aussi bien que les toxo-albumines végétales et animales), à ne plus nous étonner que la Toxinothérapie puisse emprunter ses agents aux principes toxiques issus du protoplasma d'un bacille, issus du protoplasma d'une cellule végétale, ou encore, du protoplasma d'une cellule animale, nous ne pouvons ne pas remarquer, qu'il y a beau temps déjà que l'empirisme, à qui nous devons la meilleure de nos médications, a mis une partie de sa confiance, en matière d'affections tuberculeuses pulmonaires, dans l'emploi thérapeutique de certaines préparation balsamiques.

Ces faits étayés des nombreuses observations qui ont permis de noter les effets bienfaisants de la créosote, du gaïacol et de l'eucalyptol dans certaines formes de phtisie pulmonaire pourraient — avec l'extrême réserve qu'on doit apporter dans le jugement de questions aussi complexes — jusqu'à un certain point, nous inviter à nous demander si la puissance agglutinative d'un sérum est aussi éloignée qu'on veut bien le dire, de tout rapport avec son pouvoir microbicide ou antidotique?

Ce qui nous amène à formuler pareilles réflexions ce sont, précisément, les recherches du professeur Arloing, d'après lesquelles « le pouvoir agglutinant du sang sain est en raison inverse de l'aptitude des espèces animales à contracter ou à supporter la tuberculose. Ainsi, il est nul dans le sang du cobaye et du lapin, animaux tuberculisables, très léger dans le sang de la chèvre, plus accusé dans le sang du bœuf et de l'âne, très marqué dans le sang du cheval, animaux qui présentent exceptionnellement la tuberculose ou qui la subissent souvent, sans de très grands dommages. »

On conçoit combien les recherches du professeur Arloing pourraient être fécondes aussi bien en suggestions toxinothérapiques qu'en applications diagnostiques. On conçoit combien la séro-réaction, en matière de phtisiologie, servirait médiatement le traitement de la tuberculose. puisque nous savons que pour être pleinement justiciable de la thérapeutique hygiénique, que pour bénéficier complètement de la Phagothérapie et de l'Aérothérapie, la tuberculose doit être dépistée dès son premier attentat.

La séméiotique de la tuberculose est à la veille de s'enrichir peut-être d'une méthode diagnostique, qui, sans vouloir prévaloir contre l'auscultation, doublerait d'autant mieux nos moyens d'investigation, que, par certains côtés, elle semblerait devoir prendre le pas sur l'invention de Laënnec. C'est que l'auscultation ne peut nous faire entendre les modifications produites dans la perméabilité pulmonaire, qu'alors seulement que le processus tuberculeux a constitué des organopathies qui se décèlent au doigt et à l'oreille par des réactions physiques. Ce sont précisément ces réactions que l'organicisme cultivé avec tant de gloire par l'Ecole de Paris, devaient mettre en si pleine valeur par l'invention de Laënnec et les travaux de Piorry.

Il fallait pour l'invention de Laënnec, comme pour les travaux de Piorry, il fallait pour la découverte de l'auscultation comme pour la séméiotique de la percussion, que l'organicisme eût permis de faire en anatomie pathologique les travaux que l'on sait; de même qu'il fallait les découvertes de Pasteur pour acheminer la Médecine à l'humorisme scientifique moderne. Si la séméiotique de nos pères s'inspirait des études organiciennes, notre séméiotique, sans rien répudier des merveilleux enseignements de son aînée, après s'être inspirée des études de pathologie cellulaire et microbienne, notre séméiotique, dis-je, tend à devenir humorale, et, ce faisant, prend une singulière préséance sur al séméiotique organicienne, puisque celle-ci dénonce la maladie alors seulemen qu'elle a adultéré déjà nos tissus, nos viscères et nos appareils, alors qu'elle a trame maintes lésions parfois si organisées qu'elles constitueront autant de séquelles. A

l'encontre de la séméiotique organicienne qui décèle la maladie en chacun de ses actes constitués et de ses méfaits consommés, la séméiotique humorale dépiste la maladie à ses premiers troubles de nutrition intime, aussi bien qu'aux premières invasions des éléments pathogènes : bactérioscopie, histochimisme et séro-réactions sont le corollaire forcé de l'humorisme moderne comme l'invention de l'auscultation était la conséquence de l'organicisme. Si l'on peut dire que la séméiotique humorale pourrait bien prendre le pas sur la séméiotique organicienne c'est que celle-là est capable de nous révéler, dès la première heure (parfois même avant que symptomatiquement la maladie soit constituée) tout ou partie de ce qui va advenir, tandis que celle-ci nous révèle seulement ce qui est advenu. C'est vraiment en parlant des recherches bactérioscopiques et des séroréactions qu'on peut dire du médecin moderne « qu'il tranche du devin ».

* * *

En dépit de ce qu'on pourrait croire, cette digression, sur l'application des réactions de toxines tuberculeuses au diagnostic, ne me fait point sortir de mon sujet. Pour en revenir aux dernières recherches du professeur Arloing, elles auraient montré :

Que le sérum de l'homme, entaché ou suspect de tuberculose, agglutine 94 fois sur 100 ;

Que le sérum de malades atteints de tuberculose chirurgicale agglutine 91 fois sur 100 ;

Que le sérum de malades atteints d'affections diverses, dont quelques-unes peuvent être superposées à la tuberculose, agglutine 34 fois sur 100 ;

Que, enfin, 22 fois sur 100, le sérum d'individus, sains en apparence, s'est montré actif.

Une foule de remarques de M. Dubard, de Dijon, viennent déposer dans le même sens que les observations faites par l'école lyonnaise.

Comme Arloing, M. Dubard s'est assuré que l'agglutination était provoquée par le sérum sanguin de cobayes, de lapins et d'hommes tuberculeux, tandis que le sang de sujets sains ne déterminait aucune réaction. Le sérum d'une carpe saine, le sérum de grenouille, de cheval, de mouton aurait déterminé la précipitation entre une heure et deux à 36°. Enfin, certains produits chimiques : le chlorure de sodium, le fluorure de sodium, le tanin, la peptone, la tuberculine brute, ont déterminé l'agglutination, pendant qu'une tuberculine, sans chlorure de sodium, n'aurait rien précipité ?

Dans le même ordre de faits, des recherches de M. Courmont nous ont appris que la séro-réaction présentait, du moins en ce qui touche les tuberculoses des séreuses, une régularité et une rigueur suffisantes pour que l'application clinique de cette méthode ait donné au jeune médecin lyonnais des résultats positifs qui ne sont nullement à dédaigner.

Si les travaux à poursuivre dans le sens des recherches ingénieuses de MM. Arloing, Courmont et Dubard confirment les résultats de ces dernières, nous allons demain, peut-être, disposer d'un mode de contrôle, qui, appliqué à la tuberculose, aura le triple avantage de servir, non-seulement à nous éclairer sur la nature et la pathogénie de maintes affections dont le diagnostic est parfois plein d'ambiguité, mais encore de nous renseigner sur la gravité et le pronostic des maladies tuberculeuses, autant que sur les amendements apportés par nos diverses médications.

Si les choses en allaient ainsi, la séro-réaction tuberculeuse qui, on l'a compris, coûte aux malades un minimum d'ennuis et de dommages, se substituerait à l'emploi qu'après les vétérinaires, certains médecins avisés ont fait de la lymphe de Koch au diagnostic précoce de la tuberculose.

Déjà nous avons vu, que, par le côté *médiat* des éminents services rendus à la fortune des éleveurs autant qu'à la prophylaxie de la tuberculose alimentaire (viandes et lait des vaches tuberculeuses qui paraissent saines), l'étude de la lymphe rentrait dans la question des toxines appliquées au traitement de la tuberculose ; elle y rentre encore par les services que les injections diagnostiques ont rendus aux médecins dans les cas où, de la précocité de leur diagnostic, dépendait leur intervention efficace.

Epstein, Escherich, Schreiber, von Mayer, Denisor de Denver, Springthorpe, Tommaso Guida, Hutinel, Grasset et Védel, Combemale et Baviard, Pétrusky ont apporté des observations dans lesquelles, grâce aux injections de Tuberculine, ils avaient fait avec précocité et certitude un diagnostic auquel ils n'étaient point parvenus par les ressources de la séméiotique ordinaire. Je ne prétends pas que ce procédé de diagnostic, délicat, doive être appliqué communément, mais je prétends rendre justiciable de la réaction à la Tuberculine tous malades que je soupçonnerais de tuberculose au moment où aucune manifestation appréciable ne me sortirait de mon doute. Pour ma part, en plusieurs circonstances, j'ai pu servir au mieux de leurs intérêts, des malades par l'injection de la lymphe de Koch ; récemment encore les injections de tuberculine ont établi ma conviction dans trois cas : l'un de néphrite, dont la nature spécifique fut ainsi nettement définie par la réaction fébrile ; l'autre de fièvre typhoïde qu'on voulait croire éberthienne, et que le sérodiagnostic de Widal se refusait à dénoncer, tandis que l'épreuve par la tuberculine démontrait que j'avais affaire à une fièvre prétuberculeuse, bientôt vérifiée par l'évolution symptomatologique ; le troisième d'une sciatique dont aucune, du reste, des causes ordinairement incriminables, ne pouvait être rendue responsable. Maintes observations ont prouvé que ces injections conduites avec grande prudence avaient, pour les malades, moins d'inconvénients que d'avantages ; et que faites avec tact, en certains cas particulièrement difficiles, elles avaient mené vite et droit au traitement.

La précision autant que la précocité diagnostique, sont, en pareil cas, d'extrême importance, puisque nous savons la moitié des succès thérapeutiques, en matière de tuberculose, être adéquate à la rapidité de nos interventions. Ce n'est point, du reste, seulement au diagnostic de la tuberculose comme agent médiat de sa thérapeutique qu'ont servi les toxines tuberculeuses, elles ont servi à fixer la pathologie et la clinique sur bien des points en litige, elles ont permis et permettront mieux encore de réformer les cadres artificiels de la nosographie ; elles permettront de démontrer, par exemple, que plus d'une des maladies de la peau et plus d'une des maladies du système nerveux, dont les médecins font des entités morbides, sont seulement fonction de tuberculose, sont des localisations sur la peau et sur le névraxe de la toxi-infection tuberculeuse. C'est dans ce sens, que l'on conçoit que la découverte de la Tuberculine ait été véritablement la source d'énormes progrès dans toutes les branches de la médecine.

En effet, du jour où Koch nous révèle la toxine bacillaire agent de Matière Médicale microbienne, doué de réactions biologiques spéciales, la Médecine applique la tuberculine à l'étude du diagnostic ; du coup, la nosographie s'éclaire, se complète et se réforme ; la clinique aussitôt en tire des indications précises, en même temps que la Sérothérapie se constitue sur de plus larges bases.

Ce qui revient à dire, en somme, que si les toxines n'ont pas, jusqu'à ce jour, trouvé d'emploi immédiat et direct dans le traitement de la tuberculose, en dépit des annonces

faites par Koch, elles ont, sur bien des points, joué un rôle médiat des plus considérables.

La découverte de la lymphe de Koch a été l'occasion de tout un monde de suggestions sur lesquelles ont travaillé microbiologistes, expérimentateurs, médecins et sérothérapeutes ;

L'extraction de la première tuberculine par Koch a conduit aux tentatives d'analyse des substances toxiques diverses, incluses dans le protoplasma bacillaire ;

L'emploi global ou partiel des toxines bacillaires a permis de réussir *in anima vili* la fabrication de sérums doués de qualités et de puissance plus grandes ; l'inoculation des diverses toxines a permis aux nouvelles sérothérapies de se faire plus immunisatrices et plus antidot ques qu'elles ne l'avaient pu jusqu'alors.

***

Les conclusions générales à tirer du long exposé qui précède, seraient que la Sérothérapie appliquée à la tuberculose ne nous a pas donné encore de résultats assez appréciables, assez constants, assez complets et s'appliquant suffisamment à la généralité des affections tuberculeuses, pour que nous nous croyions en pleine puissance d'un traitement vraiment spécifique, immunisateur et curateur.

La meilleure des sérothérapies antituberculeuses reste loin encore de la sérothérapie préventive anti-tétanique et ne peut prétendre comparer ses effets à ceux que donnne la sérothérapie antidiphtéritiqne, si nettement préventive et curative.

Après tout, elle n'en serait peut-être pas tant éloignée qu'on pense si, dans l'appréciation des faits, les médecins prenaient soin de procéder en matière de sérothérapie tuberculeuse comme ils procèdent en matière de traitement des diphtériques, dans lequel le sérum n'est merveilleux, qu'alors seulement qu'il s'adresse d'emblée au bacille de Lœffler, isolé, et n'a pas à compter avec les associations microbiennes.

Avant de pouvoir porter un jugement suffisamment éclairé et parfaitement équitable sur la sérothérapie antituberculeuse, il faut aux médecins s'entendre pour remettre, méthodiquement, à l'étude la question de la cure spécifique de la tuberculose ; pour ce, on fera bien de procéder tout autrement qu'on ne s'y est pris jusqu'ici.

Avant de juger de la valeur des sérums, on devrait commencer par ne s'attaquer qu'à des cas minutieusement analysés, scientifiquement catégorisés, appartenant tous à une même période, et surtout, sinon exclusivement, aux premiers degrés de la maladie. On devrait s'attaquer à la tuberculose pulmonaire alors qu'elle n'est encore qu'à ses débuts, alors qu'elle se dénonce seulement par cette inspiration rude et basse dont le professeur Grancher nous a appris à reconnaître toute la valeur séméïotique. On devrait s'attaquer à la *tuberculose* dès que la germination des premières granulations, modifie la perméabilité du parenchyme pulmonaire, avant que ces granulations, autant par action de contact que par action spécifique, aient sollicité toute la série des désordres à la faveur desquels — pour peu que des associations microbiennes se mettent de la partie — la *phtisie* entre en scène. On ne s'est pas assez rendu compte qu'en matière de tuberculose, la plupart des sérothérapeutes avaient, dans leurs essais, fait ce qu'ils n'auraient sans doute pas eu l'idée de tenter en matière de diphtérie, par exemple ; ils ont demandé à la sérothérapine tituberculeuse l'impossible.

Que demandaient en effet les sérothérapeutes, alors qu'ils injectaient aussi bien les phtisiques atteints de ramollissement, aussi bien les phtisiques porteurs de dilatations bronchiques, aussi bien les phtisiques cachectiques et fébricitants, que les tuberculeux torpides, aussi bien que les bacillaires fraîchement atteints d'infiltration limitée. C'est en pareilles conditions que les médecins s'adressaient à la sérothérapie, lui demandant de réduire et de guérir les lésions de grosse anatomie pathologique, aussi bien que les adultérations histologiquement ou humoralement commençantes.

Phtisies ulcéreuses, infections, toxémies tuberculeuses isolées ou associées, polymicrobismes, lésions tuberculeuses, tuberculineuses, lésions para-tuberculeuses, la sérothérapie devait s'appliquer à toutes choses et suffire à toutes tâches.

Le sérum préventif et curatif antituberculeux serait-il trouvé qu'il ne faudrait encore demander à la sérothérapie que ce qu'elle peut donner. Demander à la Sérothérapie antituberculeuse d'enrayer la bacillose, de guérir l'infection tuberculeuse et de réparer les inflammations parabacillaires, c'est vraiment demander plus que ne pourra vraisemblablement jamais donner la thérapeutique la plus spécifique qu'on puisse inventer.

Demander à la sérothérapie antituberculeuse d'éteindre la bacillose et de guérir du même coup la phtisie, ce serait se placer, *mutatis mutandis*, dans des conditions semblables à celles qui me seraient faites, si, avec le sérum antidiphtéritique j'avais à m'attaquer à une angine pseudomembraneuse compliquée de pharyngite, de stomatite avec bubons suppurés. Combien, dans l'espèce, je serais mal armé s'il me fallait opposer la sérothérapie antidiphtéritique à toute l'association des diplocoques, des streptocoques, des staphylocoques, des cocci et des saprophytes qui empliraient la gorge de mon malade.

Et puis la thérapeutique spécifique de la tuberculose, quelqu'immunisatrice et antidotique qu'elle puisse être, n'a chances d'efficacité qu'autant qu'elle saura se faire hâtivement entreprenante : que serviraient les visées immunisatrices et antidotiques de la sérothérapie si celle-ci ne s'attaquait d'emblée à l'infection bacillaire tuberculeuse à ses tous premiers commencements et non à son aboutissant terminal, à la phtisie? Il est évident que toute sérothérapie antituberculeuse, *comme c'est la loi de toute sérothérapie immunisatrice*, devra procéder avec hâte. En matière de traitement spécifique tuberculeux, il faudra que les médecins, pour réussir, soient gagnés à la doctrine et à la pratique de Roux et de Martin qui ne cessent de proclamer que « l'application précoce du traitement antidiphtéritique est la première condition du succès ».

Est-ce à dire qu'au cas, où demain la sérothérapie antituberculeuse, préventive et curative, serait réalisée, elle prévaudrait toujours contre toute thérapeutique hygiénique et contre la Phagothérapie et l'Aérothérapie bien disciplinées à qui nous devons actuellement la meilleure des guérisons de nos malades ? Je ne le pense pas, car si la Sérothérapie, doit apporter l'immunisation et la curation, elle le pourra grâce à la connivence du néotuberculeux, à condition que son économie puisse être participante à la médication. C'est que les excitabilités phagocitaires et les activités cellulaires du néotuberculeux (faites de la qualité de ses constituants organiques et dynamiques) doivent être en état de fournir toutes les incitations d'où résulteront les effets immunisateurs et antidotiques. Semblables effets, plus d'une fois, la *natura medicatrix* a su les réaliser chez ceux des tuberculeux que la force de leur constitution et la résistance de leur tempérament ont acheminés vers la guérison. Ce qui revient à dire que l'élément fondamental dans la lutte du malade contre la tuberculose étant la solidité de son terrain et l'activité de son tempérament, il est indispensable que l'hygiène thérapeutique, par la Phagothérapie et l'Aérothérapie, assure l'intégrité organique du terrain autant qu'elle entretienne l'intégrité fonctionnelle du tempérament, puisque de ces intégrités, dépendra d'une part, que la tuberculose soit pure

ou compliquée de polymicrobisme, puisque de ces intégrités dépendra, d'autre part, soit l'efficacité soit l'inefficacité de la Sérothérapie.

Ce qui revient à dire, que, même avec la sérothérapie idéale, la cure de la tuberculose pourra rester toujours une chose quelque peu laborieuse pour le malade, une œuvre délicate pour le médecin. Ce qui revient à dire, qu'en dépit des progrès de la nouvelle thérapeutique, ceux-ci devraient-ils être merveilleux, la tuberculose, pour parfaitement curable qu'elle soit, ne sera jamais aussi facilement guérissable qu'évitable.

Pourquoi alors faut-il, qu'en regard de tant de labeurs dépensés, qu'en regard de tant d'ingéniosité déployée pour trouver le traitement spécifique de la tuberculose; pourquoi faut-il qu'à côté de l'ardeur inlassée des chercheurs, qui, depuis dix ans retournent en tous sens les mille et une difficultés du problème sérothérapique et toxinothérapique; pourquoi faut-il qu'en France, la prophilaxie de la tuberculose reste lettre morte? Comment se fait-il, qu'au pays de Laënnec, de Villemin et de Pasteur, je pouvais, sans crainte d'être démenti dénoncer en 1895 cette chose lamentable : que chez nous, rien, absolument rien, n'était fait, hormis dans l'armée, pour nous mettre en garde contre la tuberculose; que la lutte, si ce n'était par quelques initiatives privées, n'était pas engagée contre la phtisie; que, en matière de prophylaxie tuberculeuse, la médecine vétérinaire était plus avancée que la médecine humaine! Et, pourtant, en 1895, nous comptions, en France, 150.000 décès tuberculeux, et les méfaits de la tuberculose se chiffraient, pour notre armée, par une morbidité de 7,03 pour 1.000; par une mortalité de 1,14 pour 1.000; par des pertes totales effrayantes (décès, réformes et retraites) de 10 pour 1.000, comme si une prophylaxie militante ne pouvait faire toute autre cette morbidité épouvantable, comme si l'Hygiène n'avait pas le devoir et la puissance d'empêcher un mal que les toxinothérapies les plus affinées et les meilleures sérothérapies ont tant de peine à guérir.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Hospitalisation des indigents turberculeux de Paris, par M. LETULLE. (*Congrès de la tuberculose*, 27 juillet 1898). — M. Letulle a consacré une partie du service qu'il dirige à l'hôpital Boucicaut, au traitement des tuberculeux suivant les principes qu'on applique actuellement dans les sanatoriums.

Sa statistique qui porte sur une masse nullement triée, sur une « population tuberculeuse » identique à celle qui flotte dans les différents hôpitaux de Paris est la suivante :

Nombre total de malades.....	125	Hommes 88 Femmes 37
Décès.....	38	
Etats stationnaires, aggravés.....	60	
Améliorés.....	27	

Sous ce terme de tuberculeux améliorés, M. Letulle fait entrer uniquement les individus ayant, après plusieurs semaines de séjour, augmenté notablement de poids. 18 malades ont obtenu un gain variant entre 4 kilogr. et 10 kilogr.

La proportion considérable des décès, 38 pour 125 qui équivaut à peu près à 30 p. 100 montre à quelle période avancée de la maladie la plupart des ouvriers tuberculeux entrent dans les hôpitaux. Ils n'y viennent, en grande partie, que pour y mourir. Il n'y a donc pas d'exagération à dire que les résultats du traitement hygiéno-diététique sont remarquables et très consolants.

Voici de quelle façon ils ont été obtenus :

Le service a été organisé à l'instar d'un sanatorium. Les crachoirs ont été multipliées même dans les jardins. Les mouchoirs sont bannis et remplacés par des compresses propres, désinfectables sur le champ. Le personnel se lave les mains, se couvre de la blouse administrative. Les malades ne sont couverts que de vêtements aseptiques fournis par l'hôpital. Leur bouche est astreinte à l'usage de la brosse et de l'eau dentifrice; leur corps est lavé, lotionné aussi souvent que possible

L'aération des salles est assurée jour et nuit; les fenêtres élevées, coupées en trois portions. conservent ouverte, la nuit, la portion la plus haute.

Hors des salles la cure à l'air se fait sur des chaises-longues placées sous des tentes.

La cure d'air se fait le matin de 5 h. 1/2 à 9 heures et le soir de 5 h. 1/2 à 9 heures (soit 7 heures de cure obligatoire). Les malades peuvent aussi facultativement rester sous la tente de midi à 5 heures; pour cette cure ils sont munis de couvertures et de vêtements appropriés.

Pour l'alimentation, M. Letulle a rencontré des difficultés en raison du mode d'alimentation qui est uniforme pour tous les clients de l'assistance publique; il est arrivé à surmonter une partie de ces difficultés.

Les parents sont invités à collaborer à la suralimentation en apportant aux malades des aliments choisis sur une liste qu'on leur remet à l'hôpital. Cette intelligente innovation de M. Letulle ne saurait être trop louée.

M. Letulle a supprimé tous les médicaments soi-disant héroïques. Il se borne à faire faire des inhalations dans une atmosphère ozonisée et de temps à autre, pour faire quelque chose, dit-il, à pratiquer des injections sous-cutanées d'huile stérilisée à laquelle il ajoute 1 gr. de gaïacol pour 100 gr. d'huile, afin d'« odoriser » le médicament.

Aux anorexiques il fait faire des applications de neige carbonique (suivant le procédé de M. Ribard) et cette « cryothérapie » produit souvent un résultat remarquable pendant au moins quelques jours.

Pour le reste, les médicaments usuels, banals, l'arsenic, la quinine, le tannin surtout sont régulièrement employés, mais de façon à ne jamais nuire à l'estomac, cette place d'armes de la défense des tuberculeux.

Malgré ces résultats favorables, M. Letulle conclut son rapport en déclarant que tous les tuberculeux curables devaient faire seulement un court séjour dans les services urbains et être dirigés presque immédiatement dans

des sanatoriums suburbains. Ne seraient hospitalisés dans Paris que les malades à la dernière période ou ceux atteints d'accidents aigus, tels que pleurésie, pneumothorax, hémoptysie, etc.

Les résultats obtenus par M. Letulle et que tout médecin peut obtenir dans sa clientèle privée en ouvrant les fenêtres, en supprimant les médicaments inutiles ou nuisibles, en faisant de la suralimentation, prouvent une fois de plus combien il est relativement facile de lutter contre la tuberculose, pour peu que le médecin et « l'administration » quand celle-ci est en cause, fassent quelques efforts *rationnels*. Le sort des tuberculeux pauvres qui constituent actuellement les deux tiers de la population hospitalière est absolument navrant. Le médecin chargé des consultations hospitalières est plus nuisible qu'utile à ces malheureux et nous sommes d'autant plus à l'aise pour le déclarer, que nous sommes au nombre de ces médecins. Notre rôle consiste, en effet, à leur délivrer des médicaments en la vertu desquels nous n'avons aucune foi et dont nous connaissons l'action désastreuse sur les voies digestives. Lorsque nous les hospitalisons (et combien peu sont privilégiés à cet égard, parmi ceux qui demandent un lit), c'est pour les envoyer dans des salles non aérées, encombrées de brancards, où flottent d'innombrables poussières qui contribuent à infecter davantage les malades. Il serait à souhaiter que la Société médicale des hôpitaux, que l'Académie de médecine se mettent à la tête d'un mouvement d'opinion pour apporter une modification radicale dans le mode de traitement des tuberculeux hospitalisés. Il faut surtout que l'on renonce au projet si coûteux et si peu pratique que l'on a récemment voté et qui consisterait à construire des pavillons spéciaux pour les tuberculeux dans les hôpitaux parisiens. C'est dans la banlieue, sur les hauteurs qui environnent Paris (on n'aura que l'embarras du choix) que doivent être envoyés les malades, non pas dans des hôpitaux, mais dans des baraquements de construction peu onéreuse, de désinfection facile, etc.

G. Lyon.

La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux, par M. A. J. Martin. (*Congrès de la tuberculose*, 27 juillet 1898). — Les locaux habités par les tuberculeux sont une des causes les plus puissantes de transmission de la tuberculose. La preuve en a été faite maintes et maintes fois par les épidémies de familles, de bureaux, d'ateliers, de casernes, d'écoles, d'hôpitaux, etc. Le logement du tuberculeux doit donc être désinfecté.

Tout d'abord les crachats doivent être recueillis dans des crachoirs remplis d'eau ou d'une des solutions antiseptiques suivantes :

a)	Sublimé.	2 gr.
	Chlorure de sodium .	50
	Eau.	1 litre
b)	Acide phénique. . . .	20 gr.
	Eau.	1 litre
c)	Eau de javelle commerciale.	100 gr.
	Eau.	1 litre
d)	Solution de formol commerciale.	5 gr.
	Eau.	1 litre

Le contenu de ces crachoirs sera jeté dans des récipients spéciaux et ces récipients vidés de façon variable suivant les localités.

Tout linge dans lequel on aura craché (mouchoir, serviette, etc.) sera, *à la maison*, plongé pendant cinq minutes dans l'eau bouillante ou dans l'eau de javelle étendue de 20 fois son volume d'eau tiède ou chaude. La désinfection des linges et des étoffes par la vapeur sous pression constitue assurément le procédé de désinfection le plus efficace.

Plus difficile est la désinfection du local, tout y est suspect, les poussières sèches qui recouvrent toutes les surfaces et tous les meubles, qui se sont infiltrées profondément dans les rainures et les fentes, etc. L'agent de désinfection doit réunir les qualités suivantes : 1° la destruction rapide, sûre, définitive des principes virulents. 2° l'innocuité relative ou absolue pour les personnes, pour les objets à désinfecter, pour les appareils, 3° le bon marché et la facilité de l'emploi, 4° autant que possible, l'absence d'odeur désagréable.

Deux méthodes de désinfection sont applicables aux logements : l'emploi de gaz antiseptique ou le lavage des surfaces à l'aide de désinfectants appropriés ; la seconde méthode est jusqu'à présent préférable, si l'on en juge par les résultats contrôlés par l'examen bactériologique.

Parmi les gaz microbicides, il en est deux seulement qui pourraient actuellement être utilisés dans la pratique de la désinfection : l'acide sulfureux et l'aldéhyde formique gazeuse.

L'un et l'autre peuvent donner des résultats efficaces. L'acide sulfureux ne peut être efficace qu'à la dose de 40 gr. de soufre brûlé par mètre cube de l'espace à désinfecter, avec fermeture pendant douze heures et au moins vingt-quatre heures d'aération consécutive, sans compter de multiples précautions contre le danger d'incendie, contre la détérioration des surfaces, etc., etc., aussi ce procédé ne

aurait-il être employé que dans des conditions exceptionnelles.

L'aldéhyde formique ne donne pas tous les résultats que l'on avait annoncés, ainsi qu'il ressort des expériences de contrôle que M. Martin relate en détails. C'est la conclusion à laquelle s'est arrêté le Conseil supérieur d'hygiène publique de Belgique.

Par contre les expériences faites à Manchester par Delépine et Ransonn, dans des maisons infectées par les tuberculeux montrent la supériorité du lavage des surfaces sur l'emploi des gaz.

Le lait de chaux fraichement préparé, la solution de chlorure de chaux suivant la formule de Chamberland et Fernbach (100 gr. de chlorure de chaux du commerce, mélangés à 1200 gr. d'eau, puis dilués après filtration au dixième), l'eau de javelle commerciale au dixième, la solution de formol commerciale à 15 gr. par litre d'eau, l'acide phénique à 5 p. 100, les crésyls à la même dose, le vinaigre de bois, les solutions savonneuses et surtout la solution de sublimé, additionnée de chlorure de sodium, qui, d'après les récentes recherches faites par Miquel pour le service de désinfection de la Ville de Paris, assure presque immédiatement et indéfiniment la stérilisation des crachats tuberculeux, grâce à la propriété du sel marin de dissoudre les albuminates de mercure insolubles, tels sont les principaux antiseptiques dont il y a lieu de faire usage.

Lorsqu'il s'agit de surfaces revêtues de matériaux sans valeur, le lavage avec la brosse, le balai, l'éponge, etc., pratiqué au seau ou à la lance, doit être sans crainte mis en usage. Les murs blanchis à la chaux seront badigeonnés de nouveau, etc. Dans certains cas la désinfection doit user de procédés plus délicats et c'est ici que la pulvérisation méthodiquement faite de liquides antiseptiques s'impose. Avec des pulvérisations de sublimé salé on peut parvenir à stériliser sur les surfaces une proportion de poussières sensiblement et pratiquement équivalente à celle dont on obtient la destruction après un contact bien autrement prolongé de gaz antiseptiques. Le lavage concourt d'ailleurs à nettoyer le local, à en assurer la propreté.

G. Lyon.

Vaccinations préventives contre le choléra et la fièvre typhoïde, obtenues au moyen de vaccin conservé. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 août 1898). — Le Pr Pfeiffer et le Dr Marx de l'Institut bactériologique de Berlin, font ressortir avec raison qu'en cas d'épidémies de choléra ou de fièvre typhoïde, il serait fort utile de pouvoir disposer de quantités suffisantes de vaccin : pour atteindre ce but, on doit chercher à conserver ces vaccins aussi longtemps que possible.

L'immunisation de l'homme contre la fièvre typhoïde, s'effectue en injectant sous la peau du sujet 2 mg. d'une culture morte de bacilles sur agar âgée de 18 heures. Au bout de 10 jours, le sérum du sujet agit, en injection dans le péritoine du cobaye, en immunisant l'animal.

Pour conserver le vaccin anti-typhique, on y ajouta, après une stérilisation à 70°, de l'acide phénique (0,5 0/0) : on reconnut que cette addition n'enlevait en aucune façon au vaccin son pouvoir immunisant, tout en permettant de le conserver sans altération pendant 1 1/2 mois.

Pour le vaccin anti-cholérique, les résultats ont été analogues.

Ces constatations faites, les auteurs passèrent aux expériences sur l'homme. Trois domestiques du laboratoire, nouvellement engagés et n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde, reçurent en injection hypodermique 0 gr. 2 d'une préparation contenant environ 2 mg de substance active. Il se produisit une réaction fébrile, de la céphalée : les accidents avaient disparu au bout de 24 heures. Le liquide injecté, phéniqué à 0,5 0/0, avait 2 1/2 mois de date : il procura néanmoins au sérum des sujets en expérience des qualités immunisantes.

Il résulte de ces recherches que l'addition de 0,5 0/0 d'acide phénique permet de conserver les vaccins sus-indiqués pendant 4 à 10 semaines.

E. Vogt.

Le tubage dans la diphtérie. (*The medical News*, 19 mars 1898). — Simpson constate que le procédé d'O' Dwyer a résisté à toutes les objections, et qu'il est en passe de remplacer, au moins aux États-Unis, entièrement la trachéotomie. Sur 657 opérations pratiquées au cours du croup, une statistique récente faite par l'*American Pediatric Society* a donné 637 tubages pour 20 trachéotomies.

A quel moment doit-on tuber ? Cela dépend du cas particulier. Il peut arriver que dans un cas grave, on injecte une forte dose d'antitoxine d'emblée et qu'en attendant l'effet, la sténose laryngée continue à s'accentuer : il ne faudra pas hésiter alors à faire le tubage Dans les autres cas, il faudra attendre l'effet du traitement antitoxique, par lequel on commencera toujours.

Combien de temps le tube doit-il rester en place ? Avant que le traitement antitoxique

fût connu, on admettait une durée de 6 à 7 jours pleins. Aujourd'hui, cette durée est ramenée à 3 à 5 jours : dans la clientèle privée, on doit laisser le tube un peu plus longtemps qu'à l'hôpital, car on n'a pas toujours des aides sous la main.

Il arrive parfois que l'existence d'ulcérations laryngées force à retirer le tube plus tôt : même résultat dans les cas de fausse membrane obstruant le tube.

Quelquefois le tube devra rester beaucoup plus longtemps en place : l'inconvénient est peu marqué avec les tubes en caoutchouc durci actuellement en usage, car ils ne s'incrustent pas, comme les tubes de métal, de sels calcaires, et ne provoquent pas de cette façon la production d'ulcérations.

Il peut arriver, mais fort rarement, qu'en plaçant le tube la respiration devient plus difficile encore, le tube ayant chassé devant lui des membranes détachées qui viennent l'obstruer. Il faut alors engager le patient à tousser énergiquement : si cela ne suffit pas, on introduira, mais pour quelques heures seulement, un tube beaucoup plus gros.

Si par extraordinaire le tube, arrivant dans l'œsophage, était avalé, il ne faudrait pas s'en préoccuper outre mesure, l'expulsion par le rectum se faisant sans difficulté de 2 à 4 jours après l'accident.

Il est moins aisé de retirer le tube que de l'introduire : une fois le tube enlevé, il sera toujours utile de donner un peu d'opiacés pour éviter la toux et l'irritation.

Tant que l'enfant est muni de son tube, on ne donnera que des aliments liquides ou demi-solides : dans quelques cas rares, on recourra à l'alimentation par la sonde, ou même à l'alimentation rectale.

E. VOGT.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

De l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, par M. A. LUDWIG. (*Beitræge z. klin. Ch.* XIX, 3). — L'auteur a étudié cet anesthésique sur une série de 66 cas, de la clinique de Von Hacker (Innsbruck). Il faut de 1 à 4 minutes seulement pour endormir les malades; un peu plus de temps est nécessaire pour les adultes et les hommes que pour les femmes et les enfants. Peu ou pas d'excitation; réveil presque instantané, pas de vomissements, aucune alerte, dans cette assez longue série. Technique : masque de Julliard, à couvercle mobile. On verse d'emblée de 5 à 9 gr. de chlorure d'éthyle. Au bout de 5 à 6 minutes, quand le malade tend à se réveiller, on envoie le jet du pulvérisateur ordinaire sur la doublure du masque, en soulevant le couvercle. On ignore encore la durée maxima de la narcose et la dose maxima à employer sans danger. Mais il est acquis que les opérations trop douloureuses pour l'anesthésie locale, et dont la durée n'excède pas 1/4 d'heure, peuvent être faites avec avantage par ce nouveau moyen d'anesthésie générale.

AUG. BENOIT.

Spondylite traumatique, par M. HATTEMER. (*Beitræge z. klin, Ch.* XX, 1). — Kümmer la désigne sous le nom de « *spondylite traumatique* » les conséquences *éloignées* de certaines lésions en apparence peu graves de la colonne vertébrale, ayant pour trait caractéristique la « *Cyphose secondaire* » (Kaufmann), il ne s'agit pas de lésion tuberculeuse née à l'occasion d'un traumatisme. Celles-ci se trouveront le plus souvent séparées des précédentes par l'étude des origines, la marche plus lente de la cyphose, la fièvre. Ce sont plutôt des lésions d'ostéite traumatique, avec résorption progressive des corps vertébraux atteints (Kimmel, Rocher), ostéomalacie localisée d'origine nerveuse (Henle). Quoi qu'il en soit des théories, lorsqu'on a affaire à des sujets qui ont subi de pareils traumatismes, il faut, le plus près possible du début de la déformation vertébrale, adopter le traitement suivant : *immobilisation prolongée* combinée avec une extension permanente et au besoin avec la suspension, qui réalise le redressement lent. Plus tard, corset orthopédique, pour maintenir la colonne vertébrale. Quant au pronostic, le redressement est d'autant plus difficile et long à obtenir qu'on aura laissé se produire l'atrophie de la substance osseuse des vertèbres.

AUG. BENOIT.

Ablation des amygdales, par M. PHOCAS, de Lille (*Nord Médical*, 1898, n° 78). — Question de chirurgie pratique que nous jugeons utile de reproduire. *Indications opératoires* : 1° Le volume de l'amygdale doit atteindre ou dépasser la ligne médiane. 2° L'affection doit être chronique et la dernière poussée inflammatoire doit dater d'un mois à six semaines. 3° Le traitement médical aura été essayé et l'âge de l'enfant ne doit pas laisser espérer la guérison spontanée (disparition de l'hyper-

trophie après l'apparition des règles signalée par de Saint Germain ; diminution près de l'âge adulte). De 2 à 17 ou 18 ans, on peut opérer.

Contre-indication : 1° *État général* mauvais, anémie, cardiopathie, etc. ; 2° *Age*. S'abstenir chez les enfants au-dessous de 2 ans et chez les sujets approchant de la puberté. 3° *Inflammation récente des amygdales*. (Hémorragie). 4° Milieu, s'abstenir dans le voisinage de diphterie ou infection quelconque.

Méthodes opératoires : 1° *Amygdalotomie* ; 2° Cautérisation interstitielle.

1° *Amygdalotomie* : A. *Au bistouri*. Bistouri droit boutonné, ou bistouri courbe de Saint-Germain, baillon, pince à polypes.

Anesthésie à la cocaïne au 1 p. 1000. Asseoir l'enfant en face, abaisser la langue, saisir une amygdale avec la pince et la tirer en dehors. Introduire le bistouri, le manche élevé, et couper par de petits mouvements de scie, de *bas en haut*, au ras des piliers, en inclinant vers la pince pour ressortir, afin d'éviter une blessure du voile du palais. Les 3/4 de l'amygdale seront ainsi enlevés. L'amygdale droite doit être enlevée avec le bistouri tenu de la main gauche. En coupant de bas en haut, on évite l'obstruction de la glotte par un fragment de la glande.

B. *Amygdalotomie* proprement dite. Prendre un amygdalotome qui puisse se mouvoir avec une seule main. Faire plusieurs fois le *simulacre* de l'opération, dans le but de *prendre mesure*, car il est indispensable que la lunette s'adapte convenablement au volume de l'organe, qui doit y entrer à *frottement dur*. Régler la vis de la broche d'après le volume de l'amygdale. La tête est solidement fixée entre les mains d'un aide, les jambes maintenues ; le malade est trompé par les essais sur le véritable moment de l'opération. De la main gauche, le chirurgien manie, abaisse la langue ; de la droite, il introduit rapidement l'amygdalotome jusqu'à l'isthme du gosier. Engager l'amygdale dans la lunette en allant jusqu'à déprimer légèrement les piliers du voile du palais. Dans un 2e temps, pousser la broche, de manière à embrocher et fixer la glande. Pour sectionner, en un troisième temps, on tire à soi la lune tranchante *sans précipitation*. Ne pas essayer d'agir en un seul temps, pour mener à bien l'opération. Les deux amygdales peuvent être enlevées dans la même séance.

L'amygdalotomie par l'anse galvanique est pratiquée par certains laryngologistes ; elle expose l'amygdale à être avalée et en tout cas exige un outillage spécial. Elle prévient par contre toute hémorragie.

2° *Cautérisation interstitielle*. — Elle poursuit l'atrophie des glandes par la formation de tissu inodulaire. On la pratique avec le *thermo-cautère* (couteau coudé) ou avec le galvano-cautère. Faire de 4 à 5 piqûres à chaque séance, à 4 ou 6 millim. de distance l'une de l'autre. Deux ou trois séances suffisent.

Chez les enfants au-dessus de 7 ans, le *bromure d'éthyle*, qui donne une anesthésie de courte durée, peut être employé avec avantage, le malade étant assis. Quant au chloroforme, il est abandonné. — Précautions antiseptiques usuelles, avant et après l'opération, de rigueur.

Accidents. — Chez l'enfant, jamais d'hémorragies graves, comme ces cas malheureux cités chez l'adulte. Il suffit de ne pas opérer des amygdales enflammées. S'il y avait une hémorragie inquiétante (sujets hémophiles), voici les moyens qu'on n'hésiterait pas à employer : *thermocautère ;* si l'on échoue, procédé de Hatin, qui consiste à prendre une longue *pince à polype*, à garnir l'une de ses branches d'amadou, pour presser sur l'amygdale, tandis que l'autre est appliquée au dehors, au niveau de l'angle maxillaire. Un lien maintient rapprochés les deux anneaux.

L'amygdalotome est contre-indiqué dans le cas d'enchatonnement des amygdales ; le bistouri seul permet à un chirurgien exercé de les extirper. Il reste d'ailleurs la ressource de la cautérisation. En toute autre circonstance, l'amygdalotome est l'instrument de choix, rapide et inoffensif, en observant les règles ci-dessus énoncées.

Aug. Benoit.

De l'action de l'extrait des capsules surrénales dans la syncope chloroformique. *(Archives russes de Pathologie*, vol. IV. 1897), — Minkowsky s'est proposé de répéter les expériences de Biede, Gottlieb, etc. Pour cela il chloroformisait des chiens et, dès qu'il constatait que la respiration et la circulation étaient arrêtées, il injectait dans la veine jugulaire de l'extrait des capsules surrénales. Cet extrait était préparé en séchant les capsules surrénales, en les réduisant à l'état de poudre et en macérant cette poudre soit dans de l'eau, soit dans un mélange égal d'eau et de glycérine. Pour chaque expérience on se servait d'un extrait fraîchement préparé.

En se basant sur ses expériences, Min-

kowsky arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° L'extrait des capsules surrénales introduit dans le sang ramène à la vie tous les animaux, que leur asphyxie soit occasionnelle ou déterminée par une chloroformisation prolongée.

2° Comparativement aux procédés de Laborde, Schuller et Konig-Maas, l'injection dans le sang de l'extrait des capsules surrénales est le moyen le plus énergique et probablement le plus efficace.

3° Si l'on tient compte de ce fait que des doses relativement peu élevées d'extrait (de 1 à 2 grammes) et de concentration faible (à 1 0/0) suffisent pour déterminer des modifications assez notables dans les fonctions respiratoires et circulatoires, on doit considérer l'extrait des capsules surrénales comme un moyen non sans danger et par conséquent ne l'employer qu'à des doses peu élevées.

4° Chaque fois qu'on pratique l'anesthésie chloroformique, il est nécessaire d'avoir sous la main, à côté d'autres moyens, un extrait fraîchement préparé, stérilisé par l'ébullition ou par un autre moyen et conservé dans un tube hermétiquement fermé, de façon à pouvoir faire une injection dès que la nécessité s'en fera sentir. Cette injection doit être faite immédiatement, dès que la syncope se produit, car si l'on tarde quelque peu, l'injection peut devenir inefficace.

5° Il est très probable que dans la syncope chloroformique, des meilleurs résultats sont obtenus par la combinaison de l'injection de l'extrait et d'autres moyens de traitement (massage de la région cardiaque, injection sous-cutanée de solution physiologique, etc.).

R. TAFT.

Anesthésiques locaux. (*The Philadelphia medical Journal* vol. 1 n° 22). — LAURENCE TURNBULL se sert d'eucaïne B pour les opérations concernant l'oreille, le nez et la gorge : on peut se passer de cocaïne dans l'immense majorité des cas : ce n'est que lorsqu'on est obligé d'obtenir une anesthésie très profonde que la cocaïne retrouve ses indications. Dans toute autre circonstance, les accidents imprévus qu'elle occasionne doivent la faire rejeter L'opérateur qui se sert d'eucaïne B éprouve un sentiment de sécurité dû au fait qu'on n'observe pas d'accidents causés par l'anesthésique. La combinaison à parties égales d'eucaïne et de cocaïne a l'avantage de provoquer une anesthésie un peu plus rapide que celle que donne l'eucaïne seule.

L'action de l'eucaïne B sur la pupille est nulle ; l'auteur n'a pas constaté la vaso-dilatation signalée par les auteurs : en tout cas, il n'y a pas à craindre avec elle, ces hémorragies tardives consécutives à la vaso-constriction que produit la cocaïne.

E. VOGT.

Ophtalmologie

Dr KOPFF

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

Emploi méthodique de l'atropine pour remplacer l'iridectomie dans certains cas de synéchies postérieures et d'opacités partielles du cristallin. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie de Paris*, mai 1898, par le Dr ARMAIGNAC, de Bordeaux). — Souvent l vision est moins bonne après l'iridectomia faite dans un but optique, à cause de la diffue sion des rayons lumineux à travers une pupille excentrique et encombrée d'opacités.

Pour l'auteur, les contre-indications de l'iridectomie optique sont les suivantes : 1° lorsque la vision est passable et qu'elle n'a pas de tendance à diminuer; 2° lorsqu'il existe une portion de sphincter irien libre d'adhérences et que l'atropine améliore sensiblement la vision; 3° lorsqu'après la dilatation de la pupille on ne constate pas une amélioration notable de la vision et que l'on trouve la cristalloïde ou le cristallin plus ou moins opaques.

L'auteur ne pratique que rarement l'iridectomie optique et si l'acuité visuelle est passable ou si elle s'améliore par l'emploi de l'atropine, il a recours à l'usage permanent de ce mydriatique. Lorsqu'il y a lieu d'opérer, comme dans les cas de synéchies postérieures complètes avec projection de l'iris en avant, il se borne à faire une iridectomie, à la fois optique et thérapeutique, très petite et aussi voisine que possible du centre de la cornée, au point où le cristallin sous-jacent est le plus transparent.

Dr KOPFF.

Traitement de l'œdème essentiel des paupières. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie*, mai 1898, par le Dr DESCHAMPS, de Grenoble). — L'auteur rapporte l'observation de deux cas d'œdème dur chronique des deux orbites et des paupières, durant depuis plusieurs années et ayant résisté à tous les traitements : compression, iodures, ergo-

tine, etc.; avec urines normales, sans diathèse ni tare organique. Il s'agit d'une forme atténuée d'éléphantiasis. L'auteur a eu l'idée d'essayer la méthode sclérogène du professeur Lannelongue et pratiqua des injections interstitielles de la solution de chlorure de zinc au 1/20e. Trois gouttes furent injectées en plein tissu œdématié dans chaque paupière tous les huit jours et la guérison fut complète en trois semaines, c'est-à-dire après trois injections.

Dr KOPFF.

L'extrait de capsule surrénale et son emploi dans la thérapeutique oculaire, par G. HALLOT. (*Thèse Doctorat Paris*, 1897, CARRÉ et NAUD). — D'après l'auteur l'extrait surrénal bien préparé possède trois propriétés caractéristiques. Il est chromogène, élevateur de la pression sanguine, vaso-constricteur périphérique, très toxique.

L'action vaso-constrictive locale de l'extrait capsulaire peut être avantageusement mis à à profit.

Dans les conjonctivites hyperémiques.

Dans les kératites vasculaires.

Comme hémostatique dans les hémorragies capsulaires.

Pour permettre l'anesthésie cocaïnique sur les yeux enflammés.

Elle est nuisible dans tous les autres cas.

A. CHASSEVANT.

Traitement du trachome par l'iode. — Nous avons eu l'occasion de signaler dans la Revue les fort intéressantes recherches de NEZNAMOFF sur la valeur thérapeutique de l'iode dans le trachome.

Trois nouveaux travaux ont été publiés simultanément dans le Journal de médecine militaire russe (n° 3, 1898). Nous allons les analyser rapidement.

ARISTOFF a employé le procédé de Neznamoff chez 238 soldats. La concentration de la solution (dans de l'huile de vaseline) a été progressivement augmentée de 1 0/0 à 3 0/0. La douleur excessivement intense et la sensation de cuisson qui survenaient immédiatement après le badigeonnage disparaissaient au bout d'un laps de temps qui variait de 20 minutes à 2 heures; dans quelques cas exceptionnels les phénomènes persistaient pendant 24 heures et même davantage.

Le lendemain de la cautérisation, on observa encore de la congestion, en outre il se produisit une secrétion muqueuse de la conjonctive. Malgré cela, la cautérisation a été répétée. Petit à petit, tous ces phénomènes pathologiques diminuèrent d'intensité mais, en même temps, l'action de cautérisation devint moins énergique.

En ce qui concerne les résultats définitifs, ils ont été les suivants après 3 mois et demi de traitement.

75 malades (31,5 0/0) ont guéri complètement, 57 (22 0/0) ont été considérablement améliorés.

L'iode n'exerça aucune action sur les cicatrices molles et superficielles. Les bons résultats s'obtenaient surtout dans des cas de gravité moyenne, particulièrement dans des cas récents où l'on n'avait précédemment eu recours à aucun traitement. « Ici, dit l'auteur, l'iode agit mieux que tout autre agent thérapeutique, son action est presque spécifique. »

Dans des cas anciens et graves on fut obligé de recourir à l'expression des granulations trachomateuses.

MOTSCHOULSKI expérimenta le même procédé sur 31 soldats atteints surtout de trachome chronique. Il commença par se servir d'une solution à 1/2 0/0 et porta progressivement la concentration à 5 0/0. Un certain nombre de malades se refusaient absolument à se soumettre aux badigeonnages de 3 à 5 0/0, la douleur étant insupportable.

Après les premières injections, l'amélioration était considérable, mais par la suite, l'action de l'iode devenait moins énergique, ce qui confirme comme on voit les observations d'Aristoff. Dans un cas, à la suite d'un badigeonnage avec une solution de 3 0/0, on observa une infiltration de la cornée avec congestion très prononcée des vaisseaux péricornéens. Dans un autre cas, au contraire, où il y avait des taches de la cornée et de l'iritis, un badigeonnage de la conjonctive avec une solution à 1 0/0 fit disparaître en deux jours l'irritation de l'œil et eut pour résultat l'éclaircissement complet de la cornée. Des granulations solides, ainsi que les excroissances papillaires subissaient peu l'action de l'iode tandis que la tuméfaction de la conjonctive disparaissait rapidement.

L'auteur attire l'attention sur l'importance de la transparence de la solution iodée : les solutions troubles déterminent des brûlures de la conjonctive et irritent l'œil d'une façon très considérable.

Enfin, les observations de Poliakoff portent sur 127 soldats présentant différentes formes du trachome. La concentration des solutions dont il s'est servi variait de 1 à 3 0/0. La durée de l'observation a été de 3 mois et demi.

Voici les résultats obtenus sur 73 malades qui se soumettaient régulièrement aux badigeonnages.

Chez X... rien de nouveau.

Chez M... même chose.

Chez S... troisième phénomène se mêle aux deux autres, une angine.

En somme, comme on voit, les résultats obtenus sont assez médiocres et on ne comprend que trop le pessimisme de l'auteur qui termine son travail par la phrase suivante :

« **Ma maladie est mon expérience personnelle, je suis profondément convaincu que ce nouveau procédé est non seulement impuissant à améliorer le processus tuberculeux — je ne parle même pas de la guérison — mais ne peut même pas arrêter la marche progressive de l'affection.** »

B. TAFT.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Essais comparatifs concernant l'efficacité de quelques antiseptiques gastro-intestinaux (*Deutsche med. Wochenschrift*, 25 juin 1908).

FISCHER a soumis à une expérimentation longue et minutieuse une série d'antiseptiques : il a choisi la méthode de Kuhn, consistant à *mélanger* dans un tube gradué et à soumettre ensuite à une température constante de 37° environ, du suc gastrique avec une solution de sucre de raisin. On étudie ensuite l'action antiseptique d'une substance donnée en ajoutant un peu de cette substance dans un second tube, à un mélange identique à celui indiqué ci-dessus ; la quantité de gaz se formant sous l'influence de la fermentation dans chacun des tubes est mesurée rigoureusement, et la différence entre les deux résultats donne la mesure de l'activité antiseptique sur la substance en expérience.

Nous citerons ici quelques résultats, en premier lieu pour l'antisepsie stomacale :

1° *Menthol.* Suppression de toute fermentation aux doses de 1/2 à 2 00/00.

2° *Thymol* (solution à 20 0/0). Ce résultat est obtenu aux doses de 1/8 à 1/2 0/0.

3° *Chinosol* (solution à 20 0/0). Il faut une proportion de 1 0/0 et davantage pour obtenir ce résultat, mais l'effet antifermentescible est déjà marqué à 1/5 0/0.

4° *Hydrate de chloral* (solution à 20 0/0). La proportion de 1 0/0 est insuffisante pour supprimer la fermentation.

5° *Actol* (solution à 5 0 0). Il se forme un précipité entraîne l'argent qui nuit à l'expérience. On obtient un ralentissement de la fermentation aux environs de 1 4 0 0.

6° *Chinosol* (solution à 10 0 0). Suppression à 1 0 0, mais action très peu marquée quand la proportion est plus faible.

7° *Benzoate de soude.* Suppression de toute fermentation à 1 5 0 0.

Une seconde série d'expériences fut instituée pour le suc intestinal mélangé de selles diarrhéiques et d'une solution sucrée.

1° *Menthol.* Suppression à 1 0 0, action faible des concentrations faibles.

2° *Thymol.* Suppression à 1 0 0, action déjà manifeste à 1 16 0 0.

3° *Chinosol.* Suppression entre 1 4 et 1 20 0, action manifeste à 1 16 0 0.

4° *Hydrate de chloral.* A 1 0 0 suppression (pas dans tous les cas), action faible des solutions faibles.

5° *Résorcine.* Suppression à 1 0 0, début de l'action à 1 2 0 0.

6° *Actol.* Parfois, la suppression s'obtient déjà à 1 2 et 1 4 0 0.

7° *B-naphtol-bismuth.* Suppression à 1 0 0 : action marquée même à doses très faibles.

8° *Salicylate de bismuth.* Résultats analogues.

9° *Benzo-naphtol.* On n'obtient, à 1 0 0, qu'un ralentissement peu durable du processus de fermentation.

En résumé, lorsqu'il s'agit de l'estomac, c'est au *salicylate de soude*, au *menthol* et au *thymol* qu'il faut accorder l'action la plus marquée.

Lorsqu'il s'agit de l'intestin, le *chinosol* et le *thymol* tiennent la tête.

Il va sans dire que ces constatations ne peuvent avoir rien d'absolu, mais il est cependant curieux d'observer que le menthol, excellent antiseptique stomacal, perd son rang quand on expérimente sur le suc intestinal. L'effet inverse s'observe avec l'actol.

Quand il s'agit de passer des expériences à la pratique, on doit tenir compte de nombreux facteurs importants, tels que la toxicité, la solubilité (qui doit être très faible pour le milieu intestinal), etc.

Pour l'estomac, le menthol, à doses fréquentes et fractionnées, sera préférable au thymol, trop irritant : l'actol sera donné en capsules de gélatine, car il entre, dans l'estomac, en combinaison avec l'acide chlorhydrique et perd son activité.

Le salicylate de soude et le chinosol, malgré leur haute valeur antiseptique, sont peu faits

pour réaliser un effet thérapeutique : ces substances sont très solubles et ne séjournent pas assez longtemps dans l'estomac : elles rendront en revanche de grands services quand il s'agira de procéder à un lavage de l'estomac ou à une entéroclyse.

Pour éviter la fermentation acide des lavements nutritifs, on s'adressera à l'acide salicylique, au menthol ou au thymol.

En somme, la médication antiseptique ne doit pas être abandonnée ; elle peut rendre de grands services, et nous croyons avec l'auteur que les expériences ci-dessus décrites peuvent utilement servir de base à des applications thérapeutiques.

E. VOGT.

Cas rare d'œsophagotomie pour extraction d'un corps étranger. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 23 juin 1898). — GORSKI d'Odessa a eu l'occasion d'observer une petite fille de 6 ans qui avait en jouant avalé un hameçon attaché à un fil de fer dont l'extrémité pendait hors de la bouche.

Une semaine après l'accident, l'enfant se présenta à l'hôpital, dans un état d'affaiblissement très grand, l'alimentation étant impossible. L'examen digital sous le chloroforme ne permit pas d'atteindre le hameçon fixé dans l'œsophage : on dut faire la trachéotomie pour remédier à des troubles asphyctiques graves. La respiration redevenue normale, l'auteur fit l'œsophagotomie (incision du côté gauche). Un peu au-dessous du bord inférieur du cartilage thyroïde, on rencontra une des pointes du hameçon qui avait perforé l'œsophage : Gorski sectionna la partie recourbée et voulut extraire le hameçon en tirant sur le fil de fer qui pendait entre les dents : ses efforts ne furent pas suivis de succès ; on dut agrandir l'incision et attirer le hameçon dans la plaie : à ce moment, on s'aperçut que le hameçon était muni d'un second crochet fixé dans la paroi opposée de l'œsophage. On sectionna alors le fil de fer à ras du hameçon, on fit l'extraction du fil par la bouche et on put ensuite assez facilement enlever le hameçon lui-même à travers la plaie opératoire. Malgré l'infection du tissu cellulaire du pourtour des deux plaies qu'avaient produit les crochets, les suites opératoires furent excellentes : on décanula au sixième jour : guérison le dix-huitième jour.

E. VOGT.

Des gastrorrhagies dans leur rapport avec les ulcérations stomacales et de leur traitement par les lavements d'eau chaude, par RAYMOND TRIPIER. (*Semaine médicale*, n° 30, p. 241 1898.) — Le Dr Tripier émet l'opinion que beaucoup de gastrorrhagies sont dues non à des ulcérations mais à des lésions vasculaires primitives. Quoi qu'il en soit, il conseille l'emploi des lavements d'eau chaude dans le traitement des gastrorrhagies. L'eau chaude (à 48 ou 50°) détermine par un effet reflexe une action vaso-constrictive sur les vaisseaux.

Le lavement d'eau chaude à la température de 48° à 50° sera donné du moins trois fois par jour et répété au besoin plus souvent si le sang avait de la tendance à reparaître. Le lavement sera administré sans que le malade placé dans la position horizontale fasse le moindre mouvement et sans qu'il se livre à des efforts considérables pour le garder. La diète absolue est de rigueur. Tous médicaments seront proscrits. Il en sera de même de la glace et des boissons glacées, des applications sur l'abdomen. Si le malade se trouvait très affaibli, on pourrait avoir recours à l'emploi du sérum artificiel en injection hypodermique.

On commencera l'alimentation aussi loin que possible du moment où l'hémorragie se sera arrêtée, en se bornant à administrer pendant quelques jours des lavements nutritifs. On débutera en donnant un peu de lait par la bouche seulement trois jours au moins après la cessation de l'hémorragie, et en continuant toujours l'usage des lavements d'eau chaude, au moins matin et soir, pendant une huitaine de jours.

Ce traitement devra être employé dès que la moindre perte de sang se produira, afin de prévenir une hémorragie plus forte, capable de mettre la vie du malade en danger.

G. LYON.

L'exclusion du pylore, par CHAUVEL. (*Thèse de Paris*, mai 1898). — Pratiquer l'exclusion d'un segment du tube digestif, c'est éliminer ce segment du trajet que doivent suivre les matériaux de la digestion.

De même que pour l'intestin, l'exclusion du pylore a été tout d'abord réalisé par une simple anastomose, la gastro-entérostomie.

A Von Eiselsberg (1895) revient le mérite d'avoir, dans des conditions bien déterminées, et avec un succès remarquable, mis en pratique l'exclusion du pylore.

« Par la gastro-entérostomie, les symptômes de sténose sont toujours supprimés, la tumeur peut même cesser de s'accroître ; cependant un peu de la bouillie stomacale peut encore comme auparavant, quoique moins qu'auparavant, venir au contact de la tumeur et l'irriter... La combinaison de la gastro-

entérostomie avec exclusion du pylore consiste donc en ceci que, dans les tumeurs inopérables du pylore, en même temps que la gastro-entérostomie est pratiquée, l'estomac est encore coupé tout près de la tumeur et les deux surfaces de section sont fermées respectivement chacune de leur côté. La tumeur est ainsi protégée contre le contact direct du contenu gastrique sans préjudice pour l'écoulement de la bile ».

Von Eiselsberg a fait trois fois seulement l'exclusion du pylore; il est le seul qui l'ait jusqu'à ce jour mise en pratique dans le but bien déterminé de mettre une ulcération pylorique à l'abri du contact de substances irritantes.

Dans deux autres cas, l'exclusion fut imposée à Doyen par les circonstances.

L'exclusion unilatérale du pylore, la seule qui ait été faite jusqu'ici, comporte deux temps distincts : 1° la section transversale de l'estomac suivie de l'occlusion respective et définitive des deux orifices; 2° le rétablissement de la continuité du tube digestif par une gastro-entérostomie.

En général il vaut mieux procéder à la section avant de faire la gastro-entérostomie.

L'orde de ces deux temps dépend surtout du mode de gastro-entérostomie mis en œuvre.

C'est la section au ciseau, entre des pinces, suivie d'une suture solide, qu'il convient de faire. La section doit être faite en bon tissu; on s'éloignera du pylore autant qu'il le faudra pour trouver des parois saines, sans considération pour le volume de la portion d'estomac à conserver.

Jusqu'à présent c'est à la gastro-jéjunostomie antérieure que l'on a eu recours pour terminer l'opération.

L'exclusion du pylore ne peut s'adresser, en cas de cancer qu'à des tumeurs inextirpables. Sinon, c'est la pylorectomie qu'il convient de faire.

Pour le traitement de l'ulcère les avis sont plus partagés. Quelques chirurgiens pensent que la résection doit être pratiquée, tant qu'elle est matériellement possible. D'autres, au contraire, considérant que la résection pour ulcère donne encore une mortalité de 25 0/0, conseillent la gastro-entérostomie pure et simple dans tous les cas d'ulcère diagnostiqués. Mais, sans compter que la gastro-entérostomie n'atteint pas toujours le but poursuivi en pareil cas, il faut tenir compte de certaines difficultés de diagnostic souvent insurmontables, même après la laparotomie, entre le cancer et l'ulcère. En principe on peut poser que l'on ne doit pratiquer l'exclusion que dans des cas de cancer inopérable ou dans le cas d'ulcère diagnostiqué, quelles que soient les conditions locales de cet ulcère, C'est à l'exclusion qu'il faut recourir toutes les fois qu'on observe chez un malade des douleurs violentes, surtout lorsque ces douleurs suivent l'ingestion d'aliments solides ou liquides et persistent jusqu'aux vomissements qui rejettent les matières irritantes ; on peut être certain qu'elles traduisent la présence d'une ulcération particulièrement irritable du pylore que la simple gastro-entérostomie ne protégera que très inefficacement.

Si la mise au repos de la région ulcérée est la première condition pour obtenir la cessation des hémorragies chroniques, il n'est pas douteux qu'à la gastro-entérostomie, il faut préférer l'exclusion. Savariaud a parfaitement montré que la prétendue mise au repos de l'estomac par la gastro-entéro-anastomose est souvent illusoire. « Les cas ne sont pas rares, dit-il, où après la gastro-entérostomie, les malades ont continué à vomir du sang comme avant l'opération. C'est ainsi qu'un des opérés de M. Tuffier continua à vomir un liquide noirâtre jusqu'à sa mort qui survint le 7e jour. Un malade de Roux qui avait des hématémèses, quelque temps avant l'opération, vomit du sang le soir de son opération, de même le surlendemain. »

Donc pour les hémorragies petites et répétées l'exclusion du pylore paraît être le procédé de choix.

Enfin l'exclusion pourrait être indiquée encore pour remédier aux infections, qui dans le cancer et dans l'ulcère, jouent un rôle considérable non-seulement dans la production des adhérences, mais encore dans certains phénomènes généraux. On a vu des périgastrites se resorber, à la suite de la protection de l'ulcération, porte d'entrée des infections secondaires (Von Eiselsberg). Dans le cancer, en éloignant les causes d'irritation qui agissent sur la tumeur, on parvient à retarder son évolution d'une façon très appréciable.

G. LYON.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine

Traitement chirurgical des phlébites, par ROBINEAU. (*Thèse de Paris*, 21 mai 1898). — Le traitement médical des phlébites est purement palliatif; il consiste exclusivement

l'immobilisation qui d'après les auteurs ne doit pas être inférieure à 40 jours en moyenne. Encore les dangers de l'embolie ne sont-ils pas toujours écartés à partir de ce moment, car Trousseau cite une embolie pulmonaire trois mois après le début d'une phlébite ; Levrat en rapporte une autre (de Bouchard) au cinquante septième jour,

La phlébite récidive souvent, alors même qu'elle paraissait sur le point de guérir ; parmi les complications il faut citer l'extension de l'inflammation aux territoires veineux voisins ; mais sa complication principale est l'embolie pulmonaire, surtout fréquente dans la phlegmatia alba dolens (puerpéralité, fièvre typhoïde) bien qu'elle puisse survenir aussi comme complication d'une phlébite variqueuse.

La septicémie peut être la conséquence des phlébites suppurées diffuses et aussi des formes suppurées localisées (phlébite du sinus latéral). A côté des septicémies aiguës, il faut citer les cas nombreux ou l'infection suit une marche chronique ; la température s'élève peu, mais le malade pâlit, maigrit ; toutes ses fonctions sont troublées et cette intoxication lente conduit à un état de cachexie grave.

Lorsque le phlébitique a échappé à ces complications, il est encore exposé à d'autres accidents, notamment aux névrites qui donnent lieu à des névralgies rebelles, des atrophies musculaires, parfois avec rétraction (pieds-bots), des troubles trophiques cutanés, maux perforants, ulcères, etc., ou bien il se produit des sphacèles d'étendue variable, attribués les uns à la suppuration locale, les autres à une artérite de voisinage, ou aux névrites. Enfin on peut voir survenir des suppurations périphlébitiques qui peuvent persister pendant longtemps.

Ces accidents justifient les tentatives chirurgicales ; mais il est des phlébites auxquelles on ne saurait toucher : celles qui dépendent d'une maladie dont l'issue est fatale (tuberculose avancée, cancer), celles qui atteignent la veine porte avec suppuration intra-hépatique, les veines caves jusqu'au voisinage du cœur. On peut dire que toutes les phlébites localisées par contre, sont du ressort de la chirurgie ; certaines phlébites diffuses, à complications graves, méritent de l'être.

L'utilité d'établir une barrière entre une phlébite et le cœur pour combattre les complications d'embolies, est incontestable. L'occlusion d'une veine, même volumineuse, sa résection, sont exemptes de dangers et n'exposent pas en particulier à la gangrène ni à la phlébite.

On est donc autorisé à oblitérer les veines et le moyen le plus usuel consiste dans la ligature. Il faut surtout assurer l'asepsie de la ligature. Pour y parvenir :

1° La ligature constituera le premier temps de toute opération pour phlébite occupant un long segment veineux ;

2° La ligature sera placée sur deux points éloignés d'au moins 2 à 3 centimètres, avec résection du segment intermédiaire ;

3° La plaie de la ligature sera toujours réunie :

4° La ligature devra porter sur un segment de la veine indemne de phlébite ;

5° L'agent de la ligature sera le fil de soie de préférence ;

6° La ligature avec résection seule, ne suffirait pas pour guérir la phlébite ; elle doit être complétée par une opération sur les veines enflammées, résection totale ou partielle, simple ouverture avec nettoyage.

Il est de toute nécessité de supprimer la cause de l'inflammation veineuse, lorsqu'on le peut. Certes il est des inflammations à distance contre lesquelles on ne peut agir directement, comme celles de l'appareil respiratoire, grippe, broncho-pneumonie. D'autre part il est des cas où un interrogatoire minutieux du malade, un examen approfondi ne permettent pas de découvrir une source d'infection minime. Restent les cas où la cause de la phlébite est reconnue : plaie septique d'un point quelconque du corps, ulcères de jambe infectés, plaies contuses ou encore un simple abcès dentaire.

On doit s'attacher à désinfecter par des moyens appropriés ces plaies septiques, ces abcès, avant l'intervention.

Dans les plaies des membres on se bornera à un pansement humide sur la région enflammée, point de départ de l'infection phlébitique. Dans les thrombo-phlébites du sinus latéral d'origine otique Broca et Maubrac ont insisté sur l'obligation de trépaner la mastoïde, de nettoyer l'antre et la caisse, avant d'agir sur le sinus thrombosé.

Phlébite des membres. — Localisée la phlébite est presque toujours variqueuse. Ici les indications sont fournies par la bénignité de l'intervention qui aseptique ne compte pas un insuccès, par la rapidité de la guérison qui contraste avec la durée parfois si considérable de la maladie, par les résultats éloignés qui montrent l'absence de récidive et souvent la cure des varices.

L'extirpation des phlébites variqueuses peut être faite sans inconvénients chez des femmes enceintes, au moins dans les premiers moi

18 résections de phlébites des membres ont donné 18 guérisons rapides, dont deux avec suppuration, dans un délai de quinze jours à un mois.

La *Phlébite suppurée du varicocèle* est une affection des plus graves qui nécessite un traitement hâtif.

Dans les *Phlébites hémorroïdaires* l'intensité des phénomènes douloureux justifierait à elle seule l'intervention, s'il n'y avait pas encore les complications d'ulcération, gangrène, fistules.

La *Phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne* abandonnée à elle-même, ne pardonne guère.

Vanfall, le premier, en 1880, proposa de lier la jugulaire et de drainer le sinus.

G. LYON.

Délires toxémiques des cardiaques. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 23 juin 1898). — Le Dr EICHHORST de Zurich rappelle que la plupart des malades qui entrent dans les services hospitaliers pour affections cardiaques sont des surmenés, auxquels le repos au lit fait le plus grand bien : on voit, sans aucune médication, en général au bout de 24 heures déjà, la diurèse augmenter, les œdèmes diminuer et le cœur se ralentir.

Cette influence thérapeutique du repos ne suffit pas toutefois dans tous les cas ; on se trouve alors appelé à formuler une médication. A Zurich, la prescrition qui est le plus en faveur est celle-ci :

Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 10
Diurétine.	1 gr.
Sucre en poudre.	0 gr. 30

Pour une poudre. Faire poudres pareilles n° X : 3 par jour après les repas.

L'association de la diurétine à la digitale en poudre (Eichhorst considère que la poudre est de beaucoup la forme la plus active, si on la compare à l'infusion, à l'extrait et à la teinture) donne de bien meilleurs résultats que chacun des médicaments pris isolément.

L'action diurétique extrêmement rapide que l'on obtient grâce à cette médication s'accompagne parfois de troubles d'auto-intoxication bizarres, que l'on observe surtout chez les sujets âgés. On voit se développer de la somnolence, des délires, de l'agitation, des troubles respiratoires : les pupilles sont en général contractées. Cet état dure d'ordinaire jusqu'au moment où les œdèmes ont disparu et où la quantité d'urines jusque-là exagérée, est retombée à la normale.

Quand l'auteur observa pour la première fois ces accidents, il les attribua à une action toxique de la médication usuelle, mais il put bientôt reconnaître que tel n'était pas le cas : les troubles continuent à se manifester, que la médication soit supprimée ou non, jusqu'au moment de la disparition des œdèmes. Il n'y eut jamais de complications graves, jamais d'albuminurie, malgré l'analogie que ces états présentent avec ceux que l'on réunit sous l'appellation de troubles urémiques.

Eichhorst croit pouvoir proposer l'étiologie suivante aux symptômes observés par lui : par suite de l'arrivée rapide dans le sang de grandes quantités de liquides provenant des œdèmes, certaines substances toxiques existant dans ces liquides viennent agir sur les centres nerveux.

E. VOGT.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement du lupus par les rayons lumineux concentrés d'après la méthode du professeur Finsen, par BANG. (*Congrès de la tuberculose*, juillet 1898). — L'action bactéricide de la lumière découverte par Downes et Blunt, constatée et ultérieurement expérimentée par Duclaux, Arloing, Nocard, Straus, Roux, etc., est aujourd'hui hors de toute contestation.

C'est en 1895, que Finsen, s'appuyant sur les données expérimentales, a tenté le traitement du lupus par les rayons lumineux concentrés.

Le problème à résoudre était de construire un appareil, qui, en excluant les rayons jaunes, rouges et ultra-rouges, pouvant concentrer les rayons violets et ultra-violets, ceux-ci ayant l'action microbicide la plus intense.

L'appareil consiste en une lentille plan-convexe, creuse, semblable à un verre de montre énorme de 30 à 40 centimètres de diamètre, et, de l'autre côté, un verre plan ; l'espace entre les deux verres est rempli d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre, qui laisse passer seulement les radiations bleues et violettes, mais retient la plupart des radiations caloriques du spectre. Les rayons bleus se réunissent en un foyer à une distance d'environ 50 centimètres.

Les appareils destinés à concentrer la lumière voltaïque sont d'une construction toute différente.

Les rayons lumineux électriques étant divergents, il faut d'abord les rendre parallèles, ce qui a lieu au moyen de deux lentilles de verre plan-convexe. On emploie maintenant des lentilles en cristal de roche. En combinant ces appareils avec un arc voltaïque de 80, c'est-à-dire d'un pouvoir éclairant de plus de 20.000 bougies normales, on réussit à tuer la plupart des microbes pathogènes en une à deux minutes et à les affaiblir en une à deux secondes.

Pour obtenir un effet thérapeutique, il faut chasser autant que possible le sang de la région en traitement, car le sang empêche la pénétration des rayons chmiques à travers les tissus de l'organisme. Dans ce but M. Finsen a construit des appareils compresseurs que l'on applique à l'aide de rubans élastiques.

La durée de chaque séance est d'une heure environ. Pendant la séance et immédiatement après aucun effet ne se produit, on n'aperçoit aucune rougeur et le malade ne ressent aucune douleur. Ce n'est que six à dix heures après la séance que se produisent une rougeur, une tuméfaction. Assez souvent, on observe un suintement séreux avec formation de phlyctènes. La rubéfaction persiste très longtemps après la suspension du traitement : quinze jours à un mois.

Peu à peu des cicatrices solides se forment.

La méthode, outre qu'elle n'est pas douloureuse, a le grand avantage d'être prophylactique en même temps que curative, car les rayons lumineux agissent sur la peau saine environnante où le terrain est cependant suspect.

Bang relève 5 guérisons complètes, 20 guérisons à peu près certaines à l'heure actuelle et annonce que 125 malades sont en traitement.

En ce qui concerne les récidives, on ne peut encore formuler d'opinion définitive, en raison du court espace de temps (2 ans) qui s'est écoulé depuis la première application de la méthode.

Le seul défaut de celle-ci est la lenteur : il y a des cas où l'on n'a pu observer d'amélioration réelle qu'après trois ou quatre mois. Heureusement cet inconvénient disparaît de plus en plus avec les appareils plus forts. Pour les 35 malades guéris, la durée du traitement a été en moyenne de quatre mois dix jours, avec une séance par jour. Deux cas ont guéri en moins d'un mois, 5 en un à deux mois, 20 en trois à cinq mois, 7 en six à dix mois, et 1 en treize mois. G. Lyon.

Traitement du lupus du pharynx et du larynx. (*Treatment*, 28 avril 1898).— Lambert Lack a eu l'occasion d'observer de nombreux cas d'extension du lupus au pharynx et au larynx; de toutes les méthodes utilisées par lui, il préfère de beaucoup l'administration à l'intérieur de liqueur de Fowler. Il faut atteindre des doses de vingt gouttes trois fois par jour chez l'adulte, pour obtenir des résultats comparables, dit l'auteur, à ceux que produit l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires. Dans le cas de lupus des fosses nasales, l'effet ne semble pas être aussi marqué, et il serait nul dans les cas de lupus cutané. Il est aussi intéressant de constater que des affections tuberculeuses autres que le lupus ne sont pas davantage, dans la région pharyngo-laryngée, susceptibles de se modifier nettement sous l'influence de l'arsenic.

E. Vogt.

Obstétrique.

Dr DEMELIN

Accoucheur des Hôpitaux.

Traitement des maladies et des troubles de l'appareil digestif chez les femmes enceintes, par Vinay. (*Médecine Moderne*, nº 45 et 46 p. 353 et 361 1898).

Maladies de la bouche. 1º *traitement du ptyalisme.* — Par son origine et sa marche, le ptyalisme est un symptôme analogue au vomissement; l'un et l'autre coïncident assez souvent. Il apparaît vers la fin du premier mois, il persiste jusqu'au milieu de la grossesse, puis disparaît lorsque se manifestent les mouvements de l'enfant. Il ne se développe guère que chez les hystériques et les névropathes.

Habituellement bénin, il peut provoquer des troubles graves de la nutrition et nécessiter l'interruption de la grossesse. Il n'est guère modifié par les médicaments qui arrêtent la sécrétion salivaire, comme l'iodure de potassium, l'atropine ou la pilocarpine; cependant ce médicament semble avoir modéré dans quelques cas l'abondance de la salivation. La pilocarpine s'emploie en injections sous-cutanées à la dose de 1 centigramme.

D'autre part les médicaments nervins, le bromure de potassium, la cocaïne, l'antipyrine, la phénacétine, etc. ont donné de bons résul-

tats; le bromure (1 à 2 gr. par jour) se donne par la bouche ou en lavements.

Dans les cas extrêmes, lorsque le ptyalisme provoque l'anorexie complète, oblige à boire incessamment, trouble le sommeil et détermine un amaigrissement marqué, on est dans la nécessité de provoquer l'avortement.

2° *Traitement de la gingivite.* — La grossesse facilite la carie dentaire en provoquant des troubles dans la nutrition des dents. Les femmes dont l'hygiène de la bouche est défectueuse présentent à peu près exclusivement la gingivite de la grossesse.

Le traitement prophylactique consiste dans le pansement des dents cariées, l'ablation du tartre et dans le lavage et les soins journaliers de la bouche. L'ablation des dents malades n'est pas contre-indiquée par l'état de grossesse.

On peut prescrire comme poudre dentifrice :

Carbonate de chaux	40 gr.
Salol.	10 gr.

Lorsque la tuméfaction des gencives est considérable il faut avoir recours à l'iode, à l'acide chromique, au permanganate de potasse, au chlorate de potasse, en application au moyen d'un pinceau :

a)	Chlorate de potasse . . .	6 gr.
	Miel rosat.	10 gr.
	Glycérine	20 gr.
b)	Teinture d'iode	10 gr.
	Glycérine	20 gr.
c)	Eau distillée.	30 gr.
	Permanganate de potasse	0 gr. 15

Troubles digestifs. — *Traitement des troubles gastriques.* — Au degré le plus atténué, ils consistent en nausées, dégoût pour certains aliments. A un degré supérieur apparaissent les vomissements, d'abord glaireux, puis alimentaires; il surviennent de préférence le matin à jeun, puis reviennent à l'occasion des repas.

Dans les cas graves l'intolérance pour toute espèce d'aliments est absolue. Leur point de départ serait un reflexe dont l'utérus est le siège; en effet chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles l'utérus est douloureux; la palpation hypogastrique détermine de la douleur; on trouve parfois de la rigidité du col qui est inextensible, l'hydramnios, la môle hydatique, l'endométrite de la caduque. D'autres fois on observe des déviations de l'organe, la rétroversion surtout avec la compression des organes voisins qui en résulte. En somme, on peut invoquer souvent un tiraillement des plexus nerveux du petit bassin ou bien un état pathologique de la musculature de la matrice.

Mais toutes ces conditions peuvent exister sans provoquer la forme pernicieuse des vomissements et il semble bien que ces derniers soient commandés par un état pathologique du système nerveux.

Presque toujours les malades sont hystériques ou neurasthéniques, présentent une are nerveuse héréditaire ou acquise.

En ce qui concerne le régime à instituer, il convient de remarquer que celui-ci ne peut être fixé d'une façon invariable, car certaines femmes peuvent tolérer des aliments d'une digestion difficile et inversement d'autres éprouvent des dégouts insurmontables vis-à-vis d'aliments d'une parfaite digestibilité...

Quand les vomissements sont abondants, il faut conseiller le repos au lit, au moins pour la matinée. Les boissons gazeuses et froides sont également bien tolérées; d'autres fois les boissons chaudes au contraire conviennent seules aux malades. L'alimentation solide doit être supprimée et remplacée par du lait coupé d'eau faiblement alcaline, par du consommé froid, du bouillon de bœuf et du lait de poule, du thé léger pur ou coupé avec du lait, du café au lait.

Certaines femmes supportent mieux les aliments demi-solides tels que potages épais, œuf à la coque, tandis que toutes les boissons sont invariablement rejetées. Chez celles qui sont fortement atteintes il faut administrer ces différents aliments liquides par cuillerées à bouche, espacées de demi-heure en demi-heure.

La constipation doit être combattue.

Un déplacement est parfois utile; en tous cas il faut assurer la tranquillité des malades, l'éloignement de toute influence psychique fâcheuse.

La médication purement stomacale reste sans effets, tandis que les agents médicamenteux qui s'adressent aux troubles utérins et aux modifications du système nerveux central exercent souvent une action favorable.

On a utilisé tour à tour l'opium et ses dérivés, la cocaïne, la teinture d'iode, le bicarbonate de soude, le valérianate de caféine, le cyanure de potassium, l'oxalate de cerium, le valérianate de cerium, les injections sous-cutanées d'éther, de morphine, d'eau chloroformée, etc. Les médicaments qui paraissent préférables sont l'opium uni à la belladone ou au datura en pilules :

Extrait thébaïque. . .	aâ	0 gr. 01
Extrait de belladone .		

pour une pilule, à prendre immédiatement avant l'ingestion des aliments;
ou bien :

Extrait thébaïque . . .	0 gr. 01
Extrait de datura . . .	0 gr. 005

pour une pilule. En prendre deux le soir en se couchant.

Quand on utilise la cocaïne, on peut formuler ainsi :

Cocaïne	0 gr. 15
Eau	150 gr.

Une cuillerée à café toutes les demi-heures.
Le menthol réussit bien également :

Menthol	1 gr.
Alcool	20 gr.

Faites dissoudre, puis ajoutez :

Eau	150 gr.

Deux cuillerées à bouche d'heure en heure.

Le bromure de potassium doit être administré en lavement, à doses assez élevées 4, 6 et même 8 grammes en 24 heures.

La suggestion pendant le sommeil hypnotique a parfois déterminé la guérison. Il en est de même de l'électricité sous ses deux formes; courants continus et courants induits; les premiers sont préférables. On applique un pôle, le pôle positif, sur le trajet du pneumogastrique au cou, et, de préférence, du pneumogastrique droit; le pôle négatif d'une plus grande dimension, est placé sur le creux épigastrique; on fait passer un courant de 8 à 10 milliampères, pendant un quart d'heure à une demi-heure et on répète la séance deux à trois fois par jour.

Les inhalations d'oxygène ont donné de bons résultats à Pinard et à Charpentier; elles seront longues et répétées (30 à 40 litres toutes les deux ou trois heures).

Les applications chaudes ou froides le long de la colonne vertébrale ont été conseillées (Guéniot). On peut encore employer les pulvérisations d'éther sur le creux de l'estomac et sur la colonne vertébrale.

Vinay résume ainsi sa pratique : repos au lit, au moins pendant la matinée; alimentation exclusive de lait glacé, administré par petites tasses ou cuillerées à bouche toutes les demi-heures ou toutes les heures; lavements au bromure; pulvérisations d'éther.

Comme traitement opératoire on a employé :

1° la réduction de l'utérus retroversé.

2° La méthode de Copeman.

Graily Hewitt a vu que 19 fois sur 89 cas les vomissements de la grossesse pouvaient être attribués à une rétroversion de l'utérus.

Lorsqu'il existe des adhérences rendant la réduction de la déviation ou le maintien de la réduction difficile, on peut avoir recours au massage utérin avec une grande prudence.

La méthode de Copeman consiste dans la dilatation forcée du canal cervical au moyen de l'index.

L'interruption de la grossesse devient une nécessité lorsque la vie de la mère est menacée. Le moment d'intervenir est arrivé quand apparaissent les symptômes menaçants comme la diminution de la quantité journalière des urines, la présence de l'albumine en quantité plus ou moins grande, la fuliginosité de la langue et l'acidité de l'haleine, l'amaigrissement progressif, l'extrême faiblesse, etc. L'abaissement du poids quotidien dépassant 200 gr. ou davantage est une indication formelle d'intervention.

Traitement de la diarrhée. — Même quand elle paraît liée directement à la gravidité, la diarrhée ne comporte pas de traitement spécial. On usera des médicaments habituels : sous-nitrate de bismuth, salol, astringents divers, lavements laudanisés. Charpentier donne le nitrate d'argent en pilules, à la dose de deux centigr. par jour, une pilule matin et soir. Les médicaments nervins, bromure de potassium, antipyrine, pourraient être employés.

Traitement de la constipation. — La constipation est la règle pendant la grossesse.

Outre un régime alimentaire approprié (végétaux, fruits mûrs, pains de son, etc.) on utilisera les lavements huileux ou glycérinés, l'huile de ricin à petites doses, etc... On se gardera de l'aloès et des drastiques.

G. Lyon.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

Sténose du col de l'utérus; de son traitement et principalement de l'évidement commissural du col (stomatoplasie). Opération de M. Dr Pozzi. (Thèse de Paris, 1898, n° 331. — in *La Gynécologie*, 15 août, 1898). M. Chably. — Le canal du col de l'utérus doit admettre le passage d'une sonde de 4 millimètres de diamètre dans toute son étendue; au-dessous de ce calibre il y a sténose.

L'intégrité de la structure de sa muqueuse est nécessaire à son fonctionnement au point de vue physiologique.

Le rétrécissement du conduit peut être congénital ou acquis, exister à l'orifice externe, à l'orifice interne, séparément ou aux deux à la fois; il peut exister dans toute la longueur du canal.

Au point de vue de l'étiologie, la sténose congénitale est un vice de conformation, elle coïncide ordinairement avec l'utérus mal développé, utérus infantile. Pour certains auteurs ce serait une ulcération dans le cours de la vie intra-utérine.

D'après M. CHABRY cet état du col peut avoir de graves conséquences, parmi lesquelles la dysménorrhée et la stérilité.

La dysménorrhée n'est pas fatalement la conséquence de la sténose du col, de même que ce symptôme peut dépendre d'autres affections, mais fréquemment elle l'accompagne. Dans les cas de dysménorrhée on doit toujours y songer.

La stérilité peut être due à d'autres causes, mais tous les cas de sténose observés ont produit cette infirmité.

Des désordres graves peuvent survenir lors de l'accouchement dans les cas de sténose acquise.

L'infection, même légère, de l'utérus devient très grave dans les cas d'étroitesse des orifices; un bouchon muqueux obstrue complètement l'ouverture et alors il se forme une cavité close analogue à celle qui se forme dans l'appendice; des phénomènes rapidement graves se montrent et sont certainement dus à la sténose qui agit comme cause prédisposante.

Le traitement doit consister à rendre au conduit sa perméabilité, tout en respectant sa muqueuse et les divers éléments du col. Cette perméabilité doit elle-même être permanente.

De nombreux moyens ont été préconisés.

Dilatation lente, dilatation rapide, division, discision bilatérale, ligature en masse, ablation d'une partie des tissus ou évidement circulaire, ablation d'une partie de la muqueuse ou bien encore de cette muqueuse tout entière par l'opération de Schrœder, amputation biconique de Simon.

La méthode qui a donné les meilleurs résultats, celle qui réalise toutes les conditions demandées : dilatation complète, avec conservation du col, de sa muqueuse, de ses éléments musculaires est l'opération de Pozzi : la discision bilatérale avec évidement commissural.

Cette intervention guérit toujours la dysménorrhée, ordinairement la stérilité et n'a jamais présenté aucun inconvénient au point de vue de la marche de la grossesse et de l'accouchement.

La dilatation se maintient toujours bien suffisante. Les interventions précédentes, n'étaient que palliatives, l'évidement commissural peut être considéré comme une opération vraiment curatrice.

R. BLONDEL.

Technique de l'extirpation de l'utérus. (*Centralb. für Gyn.*, n° 11,1898, *in la Gynécologie*, 15 août 1898). E. BUMM (Bâle), — L'auteur, après avoir montré les améliorations introduites progressivement dans la technique de l'hystérectomie, surtout au point de vue de la ligature des vaisseaux, décrit le manuel opératoire employé dans les 50 opérations faites à la clinique de Bâle tant par lui que par ses assistants, avec une seule mort.

Les quelques instruments nécessaires sont des bistouris, des ciseaux, des pincettes et une douzaine de petites pinces à artères ongues de 12 centimètres, ayant des branches finement dentées de 4 centimètres de long et bien conditionnées. Il faut de plus un porte-aiguille, et pour saisir l'utérus une paire le pinces de Doyen, qui saisissent mieux et diennent plus solidement que les anciennes tpinces tire-balle ou de Museux.

Voici résumé le manuel opératoire de l'auteur : après incision abdominale, on attire la tumeur autant que possible, puis on place deux pinces sur chaque ligament infundibulo-pelvien latéralement à l'ovaire. On place de même des pinces sur le ligament large, préalablement étalé. Section entre les pinces. On arrive ainsi au bord supérieur de la vessie. Incision transversale du péritoine d'un ligament à l'autre et décollement de la vessie jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur. Sur les côtés, on repousse l'uretère, on aperçoit la face antérieure de la partie inférieure du ligament large et le paquet vasculaire de l'artère utérine qu'on pince et sectionne. L'utérus ne tient plus qu'au vagin qu'on incise sur une sonde d'abord dans le cul-de-sac postérieur, puis en avant.

Une quatrième paire de pinces saisit les parties latérales avec le repli de Douglas et l'utérus est détaché et enlevé avec les six pinces qui y adhèrent.

Le tout dure de 15 à 20 minutes. Quant au préalable on avait au thermocautère, par le vagin, circonscrit le col, il suffisait de 10 minutes pour enlever l'utérus.

A ce moment les ligaments se relâchent et tombent dans la cavité pelvienne. En tirant et écartant les pinces, on peut s'assurer s'il reste un point qui saigne.

Il s'agit de lier en commençant par le ligament infundibulo-pelvien. L'auteur fait remarquer combien les vaisseaux se sont affaissés, les veines, parce qu'elles ne reçoivent plus de sang de l'utérus, les artères par la contraction de leurs parois.

Si on ouvre les pinces, les veines ne donnent plus du tout, et les artères un jet modéré. Pour la ligature, on se sert de catgut fin.

On attire le ligament infundibulo-pelvien, on le comprime entre le pouce et l'index, on ouvre la pince qu'on place sur le faisceau spermatique et on place le fil. La deuxième pince ne renferme en général pas de vaisseau et peut être enlevée. On place un fil sur le vaisseau utérin et au moment de lier, on enlève la pince qu'on place sur l'artère utérine elle-même et on la lie une seconde fois par un fil. Puis on lie les autres points qu'on a dû prendre dans les pinces s'il y a lieu.

A ce moment on voit sur le péritoine pelvien une fente transversale, s'ouvrant par en bas. A l'aide d'une suture continue au catgut, on unit le péritoine du ligament infundibulo-pelvien jusqu'à celui du côté opposé. Puis on introduit par le vagin un tampon de gaze dans la plaie supra-vaginale.

R. BLONDEI

La ligature des vaisseaux dans l'hystérectomie. (*Centralb. für Gyn.*, nº 18, 1898, in *La Gynécologie*, 15 août 1898). OTTO v. HERFF.— Depuis de nombreuses années l'auteur a préconisé et pratiqué la ligature isolée des vaisseaux comme étant le procédé le plus simple, le plus sûr, celui qui expose le moins de tissu à la nécrose et n'exige pas de gros fils. Le procédé demande seulement qu'on puisse dénuder le vaisseau, ce qui n'est pas toujours possible pour entrer dans l'utérus. Cependant des observations ultérieures et l'expérience de plusieurs centaines de cas lui ont montré que les avantages de la ligature isolée dans l'opération vaginale ne sont peut-être pas assez importants pour compenser les inconvénients, surtout dans l'hystérectomie totale.

La dénudation de l'utérine et de ses branches par le vagin ne présente guère de difficultés, aussi longtemps qu'on avance à petits coups de ciseaux jusqu'aux vaisseaux. Si chemin faisant, on lèse un vaisseau il est facile de pincer les deux bouts. Faute d'espace et par suite d'une forte tension de tissus, on peut être parois embarrassé par la rétraction des vaisseaux. Il n'en est plus de même pour l'artère spermatique. Ici forcément on tend la plica ovario-pelvica plus ou moins, parfois à l'extrême; si un vaisseau échappe au moment de la ligature, il devient très difficile de ressaisir le vaisseau qui donne et la malade perd beaucoup de sang. D'ailleurs des ligatures en masse sont de faible inconvénient dans l'hystérectomie totale. Il suffit, en général, d'une ligature pour le ligament de Douglas, d'une, deux, tout au plus trois pour l'utérine et ses branches, et d'une pour la spermatique.

Aussi l'auteur a-t-il depuis un certain temps renoncé à la ligature isolée. Dans les tumeurs malignes, le plus fréquent c'est là un avantage appréciable, en ce que la ligature en masse comprend une plus grande quantité de tissu et en amène la destruction. On diminue les dangers d'une récidive locale. Aussi dans les cas de cancer, même opérés par la voie abdominale la ligature en masse est préférable.

Dans les hystérectomies abdominales pour lésion non maligne de l'utérus, la ligature isolée des vaisseaux utérins offre peu d'avantages. Dans la ligature sans dénudation de l'artère spermatique et de l'artère du ligament rond, peu de tissus sont compris dans le fil; il y en a en moins que dans la plupart des pédicules ovariens, et pourtant, malgré le conseil de Rumpf, on ne fait pas la ligature isolée des vaisseaux du pédicule.

R. BLONDEL.

Procédé plastique simple pour périnéorrhaphie. (*Centralb. für Gyn.*, nº 18, 1898, in *La Gynécologie*, 15 août 1898). R. MOND. — Deux pinces à griffes, introduites en arrière à droite et à gauche de la vulve, servent à tendre le périnée. Dans les cas de rectocèle étendue, l'index gauche protégé par une enveloppe en gomme et introduit dans le rectum fait saillir la paroi vaginale postérieure. Incision courbe à la vulve en dedans des deux pinces. Une pince de Kœberlé soulève le milieu de la paroi vaginale postérieure incisée. Avec des ciseaux à courbes pas trop fortes, on pénètre dans la ligne médiane, la pointe toujours dirigée en l'air. Avec de petits mouvements rampants les ciseaux avancent sous la muqueuse vaginale jusqu'au sommet du triangle à réséquer. On retire alors lentement les ciseaux en les ouvrant fortement. Le lambeau est détaché; on le divise au milieu d'un coup de ciseau; à l'aide de pinces on tend chaque moitié pour s'assurer de leur symétrie, puis ablation des

lambeaux. Le procédé est rapide, simple et sans grande perte de sang.

Pas de danger de pénétrer dans le rectum; on voit la pointe de l'instrument dirigée vers en haut.

La suite de l'opération ne diffère pas des procédés habituels.

R. BLONDEL.

Pharmacologie, Electrothérapie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

L'acclimatement de l'Européen dans les tropiques. — (*Deutsche med. Wochenschrift*, no 27, 1898) — KŒRFER a remarqué sur lui-même, lorsqu'il accompagnait des caravanes sous les tropiques, que les marches prolongées. le travail musculaire exagéré, exerçaient une heureuse influence sur la santé de l'Européen, que le repos anémie rapidement. Cette constatation est en contradiction absolue avec l'hypothèse généralement admise, à savoir que la difficulté de l'acclimatement tient à la difficulté de l'élimination de la chaleur produite dans l'organisme.

L'auteur mis en éveil par cette observation et d'autres encore, contredisant les idées reçues, émet une explication originale concernant les accidents d'acclimatement. C'est l'alimentation qu'il faut avant tout modifier, non pas seulement au point de vue de la quantité mais aussi de la qualité.

L'habitant des tropiques n'utilise pour ainsi dire jamais les corps gras d'origine animale, et les corps gras jouent un rôle minime dans son alimentation. L'inverse s'observe près des pôles, où les végétaux ne fournissent pas d'appoint à la nourriture exclusivement animale. On peut, sur le globe, admettre trois zônes alimentaires : la zône de l'huile animale au nord, la zône de la graisse et la zône de l'huile végétale. Chacun de ces corps gras, en allant du pôle à l'équateur, devient nuisible dans la zône suivante.

Il est en outre d'observation courante qu'avec l'augmentation de la température, la digestibilité des corps gras diminue dans une zône donnée, et l'on observe que les pays de l'Europe centrale sont à la fois grands producteurs et grands importateurs de viande de porc, alors que Naples qui exporte de grandes quantités de cette viande, n'en consomme presque pas. L'huile de foie de morue, aliment fondamental de l'Esquimau, devient un médicament dans les pays tempérés : la graisse de porc est, déjà en Italie, abandonnée pour l'huile d'olives et le Coran la défend. Le nègre, ordinairement peu difficile pour la nourriture, refuse bientôt de se nourrir de porc, car il s'aperçoit que cette alimentation nuit à sa santé. Il est plus que probable que la diarrhée des tropiques, qui guérit aussitôt que l'Européen rentre dans son pays natal, n'a pas d'autre cause que l'ingestion de graisse animale.

Pour l'alcool éthylique, on peut établir des règles identiques : son effet nocif se rapproche de celui de l'alcool triatomique, la glycérine, contenu en quantités notables dans la graisse, et il faut de même en user d'autant moins qu'on se rapproche davantage des tropiques. L'alcool et la graisse animale doivent disparaître de l'alimentation en même temps que les fourrures dans l'habillement et les appareils de chauffage dans les maisons, tous les éléments destinés à produire de la chaleur dans l'organisme perdant graduellement de leur importance quand on s'éloigne des pôles. Le Coran n'a eu garde du reste d'oublier l'alcool dans ses proscriptions : si Mahomet n'avait eu en vue que l'action nocive de l'alcool sur le système nerveux, il aurait tout aussi bien défendu l'opium et le haschich.

La démonstration pratique des idées émises par l'auteur se trouve suivant lui dans le fait que l'Européen du midi s'acclimate beaucoup mieux dans les tropiques que celui du nord, et cela surtout parce que dès l'enfance il est habitué à remplacer la graisse par de l'huile, et parce qu'il a dû forcément restreindre depuis des siècles la consommation d'alcool.

E. VOGT.

Pharmacodynamie du stigma maïdis et de l'ustilago maïdis ; leur influence sur la contractilité de l'utérus. (*Archives russes de pathologie*. Vol. IV, 1897). — BRAUNSTEIN publie un travail fort intéressant rapportant ses recherches expérimentales et cliniques sur les deux substances sus-indiquées.

Voici les conclusions auxquelles il arrive :

1° L'extrait de stigma maïdis détermine chez le lapin des contractions utérines si elles n'existaient pas avant l'introduction de cette substance dans le sang de l'animal ; si elles existaient, elles sont sensiblement exagérées. L'extrait de stigma maïdis agit par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs ; il n'exerce aucune action directe sur l'appareil neuro-musculaire de l'utérus.

2° Le stigma maïdis peut être recommandé dans les hémorragies utérines dans les cas où il faut agir exclusivement sur les vaisseaux de l'utérus.

3° Ustilago maïdis provoque chez le lapin des contractions intestinales rythmiques qui ont un caractère nettement péristaltique.

4° Ustilago maïdis exerce une action directe sur l'appareil neuro-musculaire de l'utérus mais ne provoque pas de tétanos de l'organe, comme cela arrive avec l'ergot de seigle.

5° Les contractions utérines déterminées par ustilago maïdis portent un caractère physiologique : elles se manifestent sous forme de contractions cliniques se répétant à des intervalles réguliers.

6° Ustilago maïdis peut être appliqué avec succès dans la pratique obstétricale dans le cas d'inertie utérine plus ou moins prononcée.

Braunstein a employé chez la femme l'extrait d'ustilago maïdis à la dose de 30 à 40 gouttes, et voici ce qu'il a observé. Dans le cas où la dilatation était au début, lorsque les contractions étaient faibles et rares, celles-ci devenaient, après l'administration du médicament, plus fortes et plus fréquentes. Ainsi dans un cas, les contractions survenaient toutes les 8 à 10 minutes et duraient chacune une demi-minute ; après l'administration du médicament, les contractions survenaient toutes les trois minutes et duraient une minute et davantage.

Dans les cas où les contractions s'affaiblissaient pendant les couches, l'extrait d'ustilago maïdis les rendait plus fortes et contribuait ainsi à une marche plus rapide de l'accouchement.

B. TAFT.

Valeur thérapeutique de l'apocynum cannabinum. (*Wratsch*, n° 50, 1897). — ALEXIEFF en se basant sur un certain nombre de cas où il a eu recours à l'apocynum cannabinum sous forme d'extrait alcoolique à la dose de trois à quinze gouttes, trois fois par jour, formule au sujet de l'action thérapeutique de cette plante les conclusions que voici :

1° L'apocynum cannabinum doit être considéré comme un tonique du myocarde et non pas comme un « trocart végétal » comme l'appelle Busch ; car l'action du trocart s'arrête à l'écoulement du liquide qui se reforme après, les conditions pathologigues n'étant nullement modifiées par l'intervention purement mécanique.

2° L'apocynum cannabinum est particulièrement indiqué dans l'artério-sclérose et les affections cardiaques non compensées. Peut-être pourrait-on recourir à ce moyen in-extremis dans certaines formes d'œdème menaçant des poumons.

3° Dans les cas appropriés, l'apocynum cannabinum manifeste son action favorable dès le deuxième ou troisième jour. Si au bout de ce laps de temps, qui pourra être porté à 5 jours au maximum, on ne constate ni augmentation de la diurèse ni amélioration simultanée de tous les phénomènes morbides, il sera inutile de continuer le traitement.

4° Il n'est pas nécessaire d'administrer l'apocynum aux doses trop élevées indiquées par un certain nombre d'auteurs. Dans les cas appropriés, le médicament manifeste son action bienfaisante à la dose moyenne de 3 à 5 gouttes trois à quatre fois en vingt-quatre heures. En administrant des doses plus élevées, l'auteur a observé assez souvent des troubles gastro-intestinaux et des douleurs dans la région précordiale.

5° L'apocynum cannabinum est un diurétique puissant, mais cette action diurétique se trouve en rapport étroit avec l'action qu'il exerce sur le myocarde et la pression sanguine.

6° L'apocynum peut être administré pendant un laps de temps assez prolongé car il n'a pas d'effets accumulatifs.

B. TAFT.

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants par l'extrait de rhus aromatica. (*Treatment*, 12 mai 1898). — FREYBERGER a repris l'étude de l'action de ce médicament dans l'incontinence d'urine de l'enfant, quelle qu'en soit la cause. Dans les trente cas traités, les doses de l'extrait alcoolique ont été de 5 à 10 gouttes de 2 à 5 ans, de 10 à 15 de 5 à 10 ans, et de 15 à 20 gouttes à partir de cet âge. Il faut ajouter un sirop aromatique pour cacher le goût désagréable de la drogue.

La durée du traitement a été en général de trente-cinq à quarante jours, l'amélioration se manifestant vers le septième jour. Onze garçons et sept filles furent définitivement guéris : un garçon et neuf filles furent améliorés : chez deux filles on n'obtint aucun résultat.

L'auteur préfère, en résumé, cette médication à la médication belladonée, plus difficile à surveiller, plus toxique et ne présentant aucun avantage spécial.

E. VOGT.

Les courants de Morton dans le traitement des incontinences d'urine. (*La Belgique médicale*, n° 18, 1898). — CLAUS a utilisé, grâce à un dis-

positif spécial, les courants de haute tension fournis par une machine statique, pour le traitement de l'incontinence d'urine : un conducteur communique avec la terre, l'autre est relié à une sonde de Guyon préalablement introduite dans le canal de l'urèthre, le malade n'étant pas isolé.

A chaque étincelle se produisant entre les boules (positive et négative), il se produit un courant alternatif ondulatoire de haute fréquence et de haute tension ; cette décharge oscillatoire de la bouteille de Leyde s'accompagne chaque fois d'une contraction musculaire du sphincter. On arrive facilement à obtenir 2 à 4 contractions par seconde, chiffre suffisant qui permet d'éviter la tétanisation et fatigue très peu le muscle. Ces deux conditions ne sont pas réalisables aisément quand on se sert du courant faradique.

Les cas traités par l'auteur lui ont démontré que dans chaque cas d'incontinence d'urine, qu'elle soit purement nerveuse ou due à une faiblesse nerveuse ou musculaire, ou quelle soit d'origine centrale, les courants de Morton peuvent rendre de grands services, guérir ou au moins améliorer cette affection.

E. VOGT.

Traitement de l'empoisonnement aigu par le phosphore ou la morphine. (*Centralblatt f. inn. Medicin*, n° 23, 1898). — SCHRUBER propose, au lieu du permanganate de potasse, excellent antidote de phosphore et de l'opium, de se servir de permanganate de soude. Le sel sodique, en effet, est de beaucoup moins toxique que son congénère : l'action inhibitrice en présence d'un empoisonnement est, d'un autre côté, identiquement le même pour les deux sels.

On débutera toujours par un grand lavage de l'estomac au moyen d'une solution de permanganate de soude à 2 pour 1000.

E. VOGT.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

SYPHILIS

(*Suite et Fin*)

TRAITEMENT GÉNÉRAL

B. Iodure de potassium.

S'administre habituellement par la bouche, exceptionnellement par la voie rectale (en cas d'intolérance gastrique).

Par la bouche l'iodure s'administre en solution dans l'eau (c'est le meilleur mode d'administration) ou incorporé à un sirop (d'écorces d'oranges amères le plus souvent).

La solution aqueuse (dosée à un gramme par cuillerée à soupe de 15 gr.) doit être diluée dans du lait, de la bière, du sirop, du café, etc., et administrée au début ou au milieu des repas, jamais à jeun.

Formules :

a) Sirop simple . . . . . 350 gr.
Anisette de Bordeaux . . . . 150 gr.
Iodure de potassium . . . . 25 gr.
(FOURNIER.)

b) Sirop d'écorces d'oranges amères. 500 gr.
Iodure de potassium . . . . . 25 gr.

c) Iodure de potassium . . . . . 30 gr.
Eau bouillie . . . . . 450 gr.

Pour prévenir le coryza iodique on associe parfois la belladone à l'iodure :

d) Iodure de potassium . . . 40 gr.
Teinture de belladone . . LX gouttes
Eau . . . . . 160 gr.
(BROCQ.)

Chaque cuillerée à café de cette solution contient 1 gr. 25 d'iodure de potassium.

e) Iodure de potassium . . . 2 et 4 gr.
Eau . . . . . 200 gr.
Laudanum de Sydenham . 4 gouttes

Pour un lavement à garder, que l'on fera précéder d'un lavement simple, un quart d'heure avant.

Doses. — Pour le traitement prolongé :

2-3 grammes chez l'homme adulte.
1 gr. 50 à 2 gr. chez la femme.
(FOURNIER).

Les doses inférieures sont inefficaces.

Il est nécessaire d'élever les doses au cours du traitement, l'action du médicament s'émoussant par l'accoutumance.

Pour le traitement intensif :

Les doses varient suivant la nature et la gravité des accidents à combattre ; on part

de 4 gr. pour aboutir rapidement à 8 ou 10 gr. Il est inutile de dépasser cette dose.

La durée moyenne d'une cure iodurée (en l'absence d'accidents) est d'un mois a six semaines.

Il est utile de maintenir les malades au régime lacté partiel pendant la durée du traitement ioduré pour assurer l'élimination du sel et éviter dans la mesure du possible l'irritation des voies digestives.

TRAITEMENT MIXTE.

Le mercure et l'iodure peuvent être associés dans la même préparation ou être administrés isolément.

a) ***Sirop de Gibert*** :

Sirop simple	500 gr.
Biiodure d'Hydrargyre. . .	0 gr. 20
Iodure de potassium. . . .	10 gr.

(contient 8 milligrammes de biiodure et 40 centigrammes d'iodure par cuillerée à soupe).

b) ***Formule de Vidal (de Saint-Louis)*** :

Biiodure d'hydrargyre. . .	0 gr. 15
Iodure de potassium. . . .	15 gr.
Eau distillée	50 gr.
Sirop de quinquina	45 gr.

(contient 5 milligrammes de biiodure et 50 centigrammes d'iodure par cuillerée à bouche).

Ces préparations contiennent une quantité insuffisante d'iodure.

c) Liqueur de Van Swieten . .	200 gr.
Iodure de potassium	50 gr.
Eau q. s. pour faire 1 litre.	

(contient un gramme d'iodure et 4 miligrammes de sublimé par cuillerée.)

Il vaut mieux administrer séparément le mercure et l'iodure; le premier par la bouche ou mieux en frictions ou injections.

Traitement mixte de Fournier :

3 pilules de Dupuytren et 3 grammes d'iodure, les pilules étant prises avant le déjeuner du matin et le dîner, l'iodure avant le déjeuner du midi et le coucher, ou bien frictions le soir et iodure aux repas.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE.

Alimentation substantielle mais surveillée Proscrire les aliments irritants ou toxiques, (gibier, charcuterie, épices, fromages fermentés), l'alcool sous toutes ses formes.

Interdiction absolue du *tabac*.

Hygiène corporelle. Lotions quotidiennes; bains généraux fréquents.

Eloignement de toute cause de *surmenage* (abus des sports et notamment de la bicyclette qui peut favoriser l'éclosion d'accidents médullaires), etc.

Soins de la bouche sont d'une importance capitale pendant le traitement mercuriel.

Avant le traitement faire enlever le tartre, les chicots, plomber ou aurifier les dents cariées.

Pendant le traitement, brosser les dents matin et soir avec une poudre dentifrice :

a) Poudre	de ratanhia. . . .	5 gr.
»	de quinquina . .	15 gr.

(VIDAL).

b) Poudre de savon	20 gr.
Chlorate de potasse	20 gr.
Salol	2 gr.

ou mieux encore avec du savon dentifrice. Se gargariser fréquemment avec :

Phenosalyl	5 gr.
Alcool de menthe	250 gr.
Teinture de benjoin	XXX gouttes

dont on versera une cuillerée à café dans un verre d'eau.

Mariage seulement après trois ans au moins d'un traitement régulier. Faire une cure sérieuse immédiatement avant le mariage.

MÉDICATIONS AUXILIAIRES.

Contre l'anémie de la période secondaire ayant résisté au mercure : *préparations ferrugineuses* et notamment iodure de fer.

Chez les scrofulo-tuberculeux : *Huile de foie de morue*.

Chez les vieillards, les cachectiques, préparations de *quinquina*, d'*arsenic*, sirop *iodotannique*.

Chez les neurasthéniques, parasyphilitiques, *repos au grand air*, *hydrothérapie*.

Traitements thermaux : Eaux sulfureuses (Aix-les-Bains, Barèges, Cauterets, Challes, Luchon, Uriage, etc.). Paraissent faciliter l'élimination du mercure et rendre le traitement plus efficace en permettant de le rendre intensif.

Inutiles ou même nuisibles comme moyen d'épreuve.

Eaux chlorurées sodiques (Salins, Salins-Moutiers, Salies de Béarn, Biarritz, Besançon-la-Mouillière, Bourbon-l'Archambault, etc.). Mêmes indications que les eaux sulfureuses.

Eaux ferrugineuses et arsenicales. (Spa, Royat. La Bourboule, etc.), utiles comme toniques.

Eaux à haute thermalité. Plombières, Néris, chez les syphiliques névrosiques; Lamalou, chez les tabétiques.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

La situation sanitaire en Belgique. — L'Académie de Médecine belge publie sur la situation sanitaire du pays un rapport destiné à soulever une vive émotion, à raison de la haute autorité dont il émane. Elle reconnaît que le service d'hygiène et de santé publique est admirable sur le papier, puisque l'ensemble des commissions provinciales, des commissions locales, des comités de salubrité et des médecins correspondants forme un total de plus de 2.300 personnes : mais elle ajoute que ce système est d'une efficacité presque nulle, et elle le démontre.

Le service d'hygiène est une création des bureaux du Ministère de l'Intérieur ; les commissions locales et les médecins se trouvent impuissants devant les administrations communales et les particuliers : ni la loi, ni les règlements de police ne les arment du moindre pouvoir ; ils se heurtent et se brisent contre les plus bas intérêts publics et privés ; après une série d'efforts infructueux, ils se découragent et tombent à l'indifférence.

L'Académie dénonce une série de faits à peine croyables dans un pays civilisé :

Le service de la vaccination « est extrêmement défectueux », dans le Hainaut, où le règlement provincial a rendu la vaccination obligatoire, 83 administrations communales sur 192 ne s'en occupent nullement ; à Namur, où il existe 50 vaccinateurs officiels, 3 seulement ont envoyé un tableau statistique. L'enquête ouverte par le gouvernement sur la valeur curative de la sérothérapie n'a donné « aucun résultat ». Le rapport sur la fièvre typhoïde constate que « des autorités locales ont été jusqu'à se venger sur le médecin des rapports adressés par lui à la commission provinciale sur l'état sanitaire de la commune ». A propos de la fièvre puerpérale, l'Académie note que, dans le Limbourg, nombre de sages-femmes ignorent jusqu'au nom de l'antisepsie. Quant à l'alcoolisme, il est devenu la plaie nationale : dans l'arrondissement d'Arlon, un tiers des salaires est jeté aux débits de boisson ; le fléau ronge de plus en plus Charleroi et Liège ; près de Gand, dans le village de Gavere, il y a 1 cabaret pour 4 adultes « en âge de la fréquentation ».

L'Académie de Médecine se demande comment il se fait que la police, la magistrature, la presse et le public s'émeuvent d'un empoisonnement isolé, tandis qu'il suffit d'une patente pour délivrer, jour et nuit, à la foule le plus abominable des poisons.

La sérothérapie de la lèpre. *La Revista medica* de Bogota (nº 224), nous apprend que les expériences de sérothérapie du Dr Carasquilla, qui semblaient devoir faire naître de grandes espérances, n'ont produit aucun résultat appréciable sur 12 malades qui furent confiés au Dr Carasquilla par une Commission médicale nommée par le gouvernement colombien. Les essais ont duré neuf mois.

On se rappelle qu'à la conférence de la lèpre tenue l'an passé à Berlin, Carasquilla était venu défendre sa méthode... aux frais du gouvernement colombien.

On se demande ce qu'aurait fait ce gouvernement si la méthode avait été vraiment efficace !

Les charlatans en Allemagne. — Le Directeur de la *Deutsche Med. Wochenschrift* entretient ses lecteurs des hauts faits d'un charlatan de Berlin, qui se vante de traiter 25.550 consultants par an, à raison de 2 minutes 1/2 par consultant. Le sieur J., ajoute notre confrère, *est en passe d'arriver en moins de huit ans au même nombre de malades soignés que notre celèbre collègue Schweninger au cours de toute sa carrière : il est même en train de battre ce record.*

Cette dernière remarque est-elle laudative ou irrévérencieuse ? Nous restons perplexe.

V.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie clinique et opératoire, par A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre DELBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. ALBARRAN, ARROU, BINAUD, BRODIER, CAHIER, CASTEX, CHIPAULT, FAURE, GANGOLPHE, GUINARD, JABOULAY, LEGUEU, LUBET-BARBON, LYOT, MAUCLAIRE, MORESTIN, NIMIER, PICHEVIN, RICARD, RIEFFEL, ROLLET, SCHWARTZ, SEBILEAU, SOULIGOUX, TERSON, VILLAR, 10 vol. in-8 de 800 pages chacun, illustrés de figures. Prix de chaque volume, 12 fr.

Tome VI. — *Bouche, pharynx, œsophage, arynx, trachée, corps thyroïde, cou, poitrine.*

Les *maladies de la bouche, du pharynx e des glandes salivaires* sont traitées en 400 pages par M. MORESTIN : il traite successivement des maladies inflammatoires, de la tuberlose, de la syphilis, des suppurations, des tumeurs et des traumatismes de la bouche et du pharynx, puis des fistules, des calculs, des inflammations et des tumeurs, des glandes salivares, enfin des tumeurs de la glande sous-maxillaire.

M. GANGOLPHE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, traite des *maladies de l'œsophage* : vices de conformation, dlatation, œsophagisme, paralysie, ruptures spontanées, varices, maladies infectieuses et parasitaires, lésions inflammatoires, plaies, corps étrangers, rétrécissements cicatriciels, néoplasmes.

M. LUBET-BARBON s'est chargé des *maladies du larynx et de la trachée*, traumatismes, maladies inflammatoires et tumeurs.

M. LYOT traite des *maladies du corps thyroïde* et en particulier des goîtres.

Les *maladies du cou* sont exposées par M. ARROU ; lésions traumatiques, plaies, lésions inflammatoires, maladies des ganglions, tumeurs, torticolis.

Enfin le volume se termine par une importante monographie de M. SOULIGOUX sur les *Affections chirurgicales de la poitrine* : malformations congénitales et traumatismes du thorax, fractures et luxations des côtes et du sternum, plaies de poitrine, phlegmon et abcès de la poitrine, tumeurs, hernie du poumon.

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce Traité, se retrouve à un haut degré dans chaque volume, et l'œuvre garde son caractère pratique, qui, au début, a fait son grand succès.

Le Tome VII (*Maladies des mamelles et de l'abdomen. — Hernies*) paraîtra en août.

L'Eczéma (*maladie parasitaire*). *Nature, pathogénie, diagnostic et traitement*, par le Dr LEREDDE, chef de laboratoire, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. N° 7 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur). 1 brochure grand in-8°. MASSON et Cie, Éditeurs. . . . . 1 fr. 25

Les récents travaux dermatologiques sur l'eczéma exigeaient une mise au point de l'état actuel de cette question. Le Dr Leredde s'est admirablement acquitté de cette tâche si difficile dans la présente monographie.

Après avoir esquissé un historique presque contemporain, il entre dans le corps du sujet en donnant une classification excellente des éruptions eczémateuses ; la description de chaque variété est remarquable par sa clarté et par sa concision. Le chapitre étiologie, si important dans les maladies de la peau, est particulièrement intéressant : l'auteur y passe en revue toutes les causes probables de la maladie, en indiquant celles qui sont valables et acceptables. Nous signalerons également la remarquable étude de la pathogénie de l'eczéma ; toutes les doctrines et découvertes récentes y sont passées au crible, et après une démonstration très convaincante, M. Leredde conclut à la nature parasitaire de l'eczéma. Enfin le tableau clinique et le diagnostic des différentes formes de cette affection si répandue sont longuement traités.

Nous conseillons à tous les médecins la lecture de cette monographie à la fin de laquelle l'auteur expose, après un choix sévére, les meilleures méthodes de traitement des formes eczémateuses, avec un grand nombre de formules éprouvées à l'appui. L'*Œuvre médico*

chirurgicale vient de nous donner là une monographie dont l'intérêt pratique et théorique est incontestable.

R. N.

La Fièvre jaune, par le Dr J. SANARELLI, directeur de l'Institut d'hygiène expérimentale de Montevideo. N° 8 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur). 1 brochure in-8° avec figures (MASSON et Cie, Editeurs)..... 1 fr. 25

Le Dr Sanarelli a, par ses intéressantes découvertes, complètement bouleversé l'histoire pathologique de la Fièvre jaune. Ses premiers travaux, publiés par les *Annales de l'Institut Pasteur*, ont causé une grande sensation. *L'Œuvre médico-chirurgicale* a demandé, à ce célèbre élève de l'Institut Pasteur, de faire une monographie complète sur la Fièvre jaune, éclairée à la lumière de ses propres découvertes. La monographie, ainsi conçue et exécutée, est d'un intérêt soutenu. L'auteur y fait l'historique de la question, et trace ensuite un tableau clinique, concis mais complet, de cette redoutable affection. Les découvertes de Sanarelli ont surtout porté sur l'anatomie pathologique, la microbiologie et le traitement du *vomito negro*. Il faut lire ces trois chapitres, dans la monographie que nous avons sous les yeux, pour se rendre compte du très grand service que Sanarelli a rendu à l'humanité et à la science. Quant à la prophylaxie, elle sera utilement expliquée par quiconque s'est imprégné des vérités microbiques contenues dans la présente brochure. On y voit pourquoi la fièvre jaune, pour se développer, aime les pays humides et à l'abri de la lumière. Le rôle des moisissures comme protection du bacille ictéroïde est surtout curieux et mérite d'attirer l'attention de tous les médecins s'intéressant aux choses des sciences biologiques appliquées.

R. BLONDEL.

Guide pratique pour les analyses de bactériologie clinique, pus, sang, crachats, exsudats de la gorge, lait, urine, matières fécales, eau, sol, par Léon FELTZ, pharmacien de 1e classe, 1 vol. in-18 de 271 pages, avec 104 figures noires et coloriées, cartonné, 3 fr.

Dans les ouvrages de Bactériologie, la partie technique est toujours traitée avec beaucoup plus de développement que la partie analytique. Il était donc utile, à côté du magistral *Traité de Bactériologie*, du professeur Macé, à côté de la *Technique Microbiologique* du Dr Besson, de publier un *Guide pratique* rédigé spécialement en vue des *analyses de Bactériologie clinique*.

Une analyse bactériologique est une opération délicate, exigeant, de l'expérimentateur, une attention soutenue et une grande sagacité pour le choix à faire, dans chaque cas, parmi les méthodes multiples décrites dans les traités de bactériologie.

Le médecin ou le pharmacien, appelé à faire une analyse bactériologique, devra presque toujours consacrer un temps précieux, à feuilleter de gros volumes pour rechercher les données qui lui sont indispensables, s'il veut être certain de mener son travail à bonne fin.

M. Feltz a réussi à rendre ces recherches plus faciles en réunissant dans ce *Guide*, les procédés les plus simples et les méthodes qui sans rien perdre de leur précision, permettent d'éviter l'emploi d'appareils trop compliqués ou trop coûteux.

Après avoir étudié d'une manière générale les diverses méthodes employées pour faire une analyse bactériologique, la technique pour les aérobies et anaérobies, la méthode expérimentale et les matières colorantes employées dans les analyses bactériologiques, M. Feltz en expose l'application aux analyses du pus, du sang, des crachats, des exsudats de la gorge, du lait, de l'urine, des matières fécales, de l'eau, du sol. Il fait suivre chaque analyse de l'interprétation des résultats, telle qu'elle a été donnée par les maîtres dont l'opinion fait autorité.

L'ouvrage se termine par une série de tableaux des caractères des microbes pathogènes.

R. BLONDEL.

Paris. Imprimerie F. Levé, Directeur, 3 rue Roudaloup. Paris. Le Propriétaire-Gérant R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Tribunal correctionnel du Havre. *Exercice illégal de la gynécologie par une sage-femme.* JUGEMENT DU 16 MAI 1898. — Entre Monsieur le Procureur de la République, poursuivant, et X..., femme V...

Motifs :

Vu les articles 1, 16 et 1, 18 de la loi du 30 novembre 1892, dont lecture a été faite par le Président ;

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que la prévenue, sage-femme à Paris, a depuis longtemps ouvert au Havre, 21, rue de Fécamp, un cabinet de consultations où il est notoire qu'elle traite les maladies des femmes ;

Attendu qu'à cet égard, la prévenue, dans des cartes imprimées destinées à être distribuées, a pris expressément soin de se recommander au public comme s'occupant spécialement de ce traitement, en négligeant même de prendre le titre de sage-femme, le seul qui lui appartienne légalement ;

Attendu d'ailleurs que l'information a révélé que depuis de nombreuses années et jusqu'au jour de la poursuite, la dame X... a, chaque semaine, en se faisant généralement payer 10 fr. par visite, reçu et consulté des femmes qui souffraient de maladies diverses et principalement de tumeurs graves dans l'utérus ou ses annexes ; qu'elle les a palpées, examinées au spéculum, pansées, cautérisées ; qu'elle a diagnostiqué le genre de leur affection et le plus souvent les a conduites ensuite près d'un docteur en renom qui leur a fait subir une opération chirurgicale ;

Attendu que, dans un certain nombre de cas, la prévenue a rédigé elle-même et signé des ordonnances, prescrite des médicaments comme un docteur-médecin aurait pu le faire ;

Attendu que la prévenue, loin de méconnaître les faits qui lui sont reprochés confirme à peu près complètement les dépositions des témoins, mais qu'elle allègue n'avoir point outrepassé son droit ;

Attendu que, sans prétendre avoir dans les divers cas relevés, exercé à proprement parler sa profession de sage-femme qui ne lui donne que le droit de pratiquer l'art des accouchements, elle soutient : *primo*, qu'elle n'a agi que comme toute personne ayant l'habitude de soigner des malades aurait pu le faire, et, *secundo*, qu'elle n'a fait qu'exécuter de point en point les prescriptions du chirurgien qui avait en elle la plus grande confiance ;

Attendu que le premier moyen de défense ne peut être pris au sérieux en présence des faits précis et caractérisés établis par la prévention ;

Attendu, sur le second point, que quelles que fussent les aptitudes et l'habileté de la prévenue, la confiance dont pouvait l'honorer le chirurgien chez lequel elle conduisait la plupart de ses clientes ne pouvait lui donner le droit de faire des actes réservés aux médecins ; que le diplôme seul confère à ceux qui en sont munis le droit d'exercer la médecine ;

Attendu que le délit reproché à la dame X.., est donc bien établi :

Attendu, quant à l'application de la peine, qu'il y a lieu de tenir compte du grand nombre de faits délictueux commis par la prévenue.

Par ces motifs, le Tribunal déclare la dame V..., née X..., coupable d'avoir, au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement

ou par une direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales, et ce alors qu'elle n'était munie d'aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé et n'était point dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la loi du 30 novembre 1892. En conséquence, la condamne à deux cents francs d'amende et aux dépens.

Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme. — En 1899, le 4e samedi de décembre, la Société de Médecine de Paris décernera le Prix Duparcque (600 francs) à l'auteur du meilleur mémoire en Français, sur la question suivante :

Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme. Les mémoires inédits et non encore récompensés devront être déposés au Siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le 1er octobre 1899. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix, serait exclu de fait du concours. Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Le Secrétaire Général, F. BURET.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas de myélite aiguë grippale traitée par l'électricité. Guérison.

Par MM. APOSTOLI ET PLANET (1).

Les accidents paralytiques étaient autrefois toujours rapportés à une lésion de l'axe médullaire.

Duménil (de Rouen) a le premier, en 1864, montré que dans certains cas de paralysie on ne rencontre de lésions que dans les cordons nerveux périphériques, tandis que la mœlle reste absolument intacte.

Les recherches se multiplient dans la voie ouverte par Duménil et bientôt le groupe des *névrites* ou *polynévrites* constitue un des chapitres les plus importants de la neuropathologie.

Enfin, l'étude des maladies infectieuses apporte cliniquement et expérimentalement des faits nouveaux dans lesquels les troubles paralytiques ne peuvent être expliqués par aucune lésion anatomique des centres nerveux, des nerfs et des muscles.

Les faits de ce genre, considérés autrefois comme des *myélites essentielles* ou *spontanées*, sont groupés aujourd'hui sous la dénomination de *myélites aiguës infectieuses*.

Les accidents paralytiques ne sont pas toujours contemporains de l'infection, ils peuvent ne survenir qu'à une époque éloignée de l'infection, l'infection elle-même a pu passer inaperçue. Voilà comment le diagnostic est rendu parfois très difficile. Et on a pu ainsi confondre un processus périphérique avec un processus central, — une lésion organique avec des *troubles dynamiques*, — et, par suite, quelquefois une affection curable avec une affection incurable.

L'observation suivante offre un exemple remarquable de ces variations dans le diagnostic et des erreurs de pronostic qui en sont la conséquence.

OBSERVATION. L'abbé X..., âgé de trente-six ans, vient consulter le Dr Apostoli le 16 janvier 1897.

Curé d'un village normand, il s'est vu contraint de donner sa démission parce qu'il ne pouvait plus accomplir les fonctions de son ministère.

Nous grouperons en trois classes les signes qu'on peut observer sur le malade :

1° *Paraplégie spasmodique.*

2° *Atrophie musculaire aux deux mains.*

3° *Troubles de la sensibilité.*

(1) Communication de la *Société d'électrothérapte.*

Le symptôme dominant, sur lequel le malade insiste particulièrement, parce que ce symptôme a entraîné sa mise en non-activité, c'est la difficulté qu'il éprouve à se tenir debout et à marcher.

Par conséquent, au point de vue de l'impotence fonctionnelle, la paraplégie occupe le premier rang.

L'atrophie musculaire des mains, qui est cependant le symptôme premier en date, n'occupe que le second rang, attendu qu'elle est à peine ébauchée sur beaucoup de points et qu'elle ne diminue pas considérablement les fonctions motrices.

L'aspect général des membres inférieurs n'est pas modifié.

A la mensuration, on constate une différence de un centimètre, au détriment du côté gauche, pour le milieu de la cuisse et pour le genou : au niveau du mollet, il y a égalité.

Le réflexe patellaire est constamment et considérablement exagéré à gauche ; à droite, le réflexe patellaire est certainement exagéré, mais beaucoup moins qu'à gauche.

Il est impossible au malade de se tenir debout sur un pied, principalement sur le pied gauche, même sans fermer les yeux.

La jambe gauche est généralement dans la demi-flexion, avec difficulté assez fréquente de fléchir et d'étendre le pied.

Etat permanent de raideur des jambes, surtout de la jambe gauche.

Les jambes sont toujours en adduction, au point qu'elles se heurtent souvent dans la marche

Sensation de ligature autour des genoux, surtout au genou gauche.

La jambe gauche est souvent et spontanément prise d'une trépidation épileptoïde, surtout quand elle quitte la position de repos. Le malade dit qu'alors sa jambe bat le tambour sur le pavé.

Dans la marche, la jambe gauche décrit un arc de cercle, elle fauche. La pointe du pied, en varus équin, heurte et rabote le sol.

Quand il marche, le malade est obligé de regarder ses pieds, sinon il éprouve comme un déséquilibrement de ses jambes.

Il marche moins bien, quand il se sent observé.

Toutes ces conditions entraînent une attitude spéciale de tout le corps pendant la marche : le corps est tendu en avant dans un raidissement généralisé de tous les muscles, la tête inclinée vers la terre ; les jambes, comme se mouvant d'une seule pièce, ne peuvent exécuter que de petits pas ; le secours d'une canne est indispensable ; un parcours de deux à trois cents mètres, sans prendre un peu de repos, est la limite maxima ; la montée ou la descente d'un escalier est un exercice très pénible, qui s'effectue avec les plus grandes difficultés.

L'atrophie musculaire des membres supérieurs est très appréciable à la vue, quoique peu considérable.

L'éminence hypothénar est amincie, aplatie, ramollie aux deux mains, un peu plus à la main gauche.

A la main gauche, face dorsale, le premier espace interosseux est profondément creusé.

Les masses musculaires de l'avant-bras gauche sont en voie d'atrophie.

Avec le *dynamomètre*, trois épreuves successives pour les deux mains donnent les chiffres suivants :

Main droite.	38	34	31
Main gauche	20	18	18

La force musculaire s'épuise rapidement.

Aux deux mains, l'éminence hypothénar est parfois animée de secousses fibrillaires.

Quand la main gauche est étendue, les doigts écartés, elle est prise d'un léger tremblement ; ce phénomène ne se produit pas pour la main droite.

Les troubles de la sensibilité sont assez variés, mais peu intenses.

Pour les membres inférieurs, *il n'y a pas de phénomènes douloureux* ; il existe une sensation de refroidissement de toute la jambe gauche jusqu'au genou ; la sensibilité

tactile est très atténuée à la plante des pieds : la sensibilité thermique est exagérée, surtout au pied gauche; le malade pense quelquefois qu'un de ses pieds est en l'air, alors que les deux pieds sont en contact avec le sol, et il lui arrive aussi, étant couché dans son lit, si ses jambes viennent à se heurter, d'éprouver comme la sensation de contact avec la jambe d'une autre personne.

Pour les membres supérieurs, il n'y a pas de différence au point de vue de la sensibilité à la piqûre de l'épingle ni au point de vue de la sensibilité thermique ; mais la sensibilité thermique est très émoussée, parfois même abolie pour les deux derniers doigts de la main gauche, au point par exemple de laisser glisser un objet ; il existe une sensation de refroidissement aux deux mains. surtout à la main gauche.

Nous notons quelques légers *troubles viscéraux* pour la vessie et le rectum.

Pour la vessie, la miction est quelquefois difficile, et l'émission de l'urine paraît ralentie. La volonté n'agit pas aussi énergiquement qu'autrefois.

Pour le rectum, le malade a souvent de faux besoins d'aller à la garde-robe, et il éprouve quelquefois la sensation d'un corps étranger, d'une boule de coton, au voisinage de l'anus.

La tête toute entière paraît respectée. La langue seule présente peut-être un peu de tremblement fibrillaire. Mais les lèvres sont intactes.

Pas de troubles de la mastication ni de la déglutition.

Aucune gêne de la respiration,

La vision n'est pas modifiée.

La digestion se fait bien.

Pas de céphalée, pas de migraines, pas de vertiges.

Le sommeil est très bon.

Les facultés intellectuelles sont intactes.

Le malade a toujours été très impressionnable et très excitable.

Exploration de la contractilité électrique nerveuse et musculaire.

Membres supérieurs :

Avec le *courant faradique*, l'excitabilité nerveuse paraît égale des deux côtés, et elle paraît exagérée. L'excitabilité musculaire est également exagérée. Pour le deltoïde, le biceps, l'éminence thénar, elle paraît plus forte à gauche, l'inverse a lieu pour l'éminence hypothénar.

Avec le *couraat galvanique*, l'excitabilité nerveuse est plus forte à gauche, et elle apparaît plutôt à gauche ; avec le pôle positif, l'excitabilité est faible, presque nulle.

Pour le deltoïde et le biceps, la contractilité musculaire est plus forte à gauche; la contractilité positive se rapproche de la contractilité négative, mais celle-ci reste supérieure.

Pour l'éminence thénar, la contractilité est égale des deux côtés ; mêmes remarques pour l'action polaire.

Pour l'éminence hypothénar, la contractilité est plus forte à droite ; mêmes remarques pour l'action polaire.

Il n'y a donc pas de réaction de dégénérescence aux membres supérieurs.

Membres inférieurs :

Avec le *courant faradique*, l'excitabilité nerveuse est égale des deux côtés. L'excitabilité musculaire est égale des deux côtés pour le jambier antérieur, les péroniers latéraux, le muscle soléaire ; elle est plus forte à droite pour le vaste interne.

Avec le *courant galvanique*, l'excitabilité nerveuse est égale des deux côtés. La contractilité musculaire est plus forte à droite et apparaît plutôt à droite. La contractilité négative est plus forte que la contractilité positive.

Il n'y a donc pas également de réaction de dégénérescence aux membres inférieurs.

Tel était l'état de l'abbé X.., quand il est venu consulter le Dr Apostoli le 16 janvier 1897.

Examinons maintenant les antécédents. Voyons comment la maladie à débuté et s'est développée.

Antécédents héréditaires :

Issu d'une famille de marins par son père et d'une famille de cultivateurs par sa mère.

Son père vit encore et a toujours eu une bonne santé.

Une tante paternelle est morte d'une maladie de cœur.

Sa mère est morte à soixante-douze ans, très rhumatisante.

Il a deux sœurs qui se portent bien.

Les grands-parents maternels sont mort très âgés, rhumatisants.

Parmi les collatéraux maternels, on trouve un oncle mort à soixante-dix ans d'une maladie de cœur avec obésité, un oncle mort à soixante-quize ans paraplégique pendant 1 an, un oncle mort à soixante-treize ans migraineux, une tante morte à soixante-quatorze ans d'une tumeur abdominale, et deux tantes encore vivantes, dont l'une se porte très bien, tandis que l'autre est rhumatisante et très obèse.

Antécédents personnels :

Ni syphilis, ni alcoolisme.

Dans l'enfance, pas d'autre maladie que la rougeole.

L'histoire pathologique ne commence qu'à l'âge de vingt-neuf ans, lors de la fameuse épidémie de grippe qui signala l'hiver 1889-1890.

Pendant trois jours, l'abbé eut de la fièvre avec des douleurs dans les reins, de la dysurie et de l'oligurie.

Il put reprendre immédiatement ses occupations, mais il resta affaibli pendant plus de trois semaines.

A partir de cette époque, tous les ans, dans le mois de février ou mars. le malade eut une attaque de grippe qui ramena les mêmes symptômes: fièvre, douleurs rénales, dysurie, oligurie, pendant quelques jours, et asthénie consécutive pendant quelques semaines.

Mais, en 1895, l'attaque de grippe fut beaucoup plus grave. Elle s'accompagna d'une bronchite aiguë. Le malade, alité pendant huit jours, eut beaucoup plus de difficulté à reprendre des forces, malgré l'usage prolongé des préparations de kola et de coca.

Début et marche des accidents (avril 1895).

C'est quelques jours après l'attaque de grippe de 1895 qu'apparaissent les premiers symptômes de la maladie qui va nous occuper.

Avril 1895. — Le malade ressent des fourmillements dans le petit doigt de la main gauche, puis dans l'éminence hypothénar.

Peu de temps après, l'éminence hypothénar s'amincit, s'aplatit, devient flasque.

Mai 1895. — Le processus s'étend à l'index et au premier espace interosseux. Les saillie musculaires deviennent flasques et s'effacent. L'index glisse parfois sous le medius, quand il s'agit de saisir un objet entre le pouce et l'index.

Le bras gauche tout entier s'amaigrit.

Les médecins consultés à ce moment font le diagnostic d'*atrophié musculaire progressive*.

Novembre 1895. — Le malade vient à Paris demander l'avis d'un neurologiste éminent, et celui-ci, rectifiant le diagnostic et le pronostic des médecins précédents, déclare qu'il s'agit d'*une névrite du nerf cubital gauche avec atrophie musculaire et troubles légers de la sensibilité*, affection consécutive à l'infection grippale et comportant un pronostic favorable. Comme traitement, il conseille la faradisation des muscles de la main et de l'avant-bras, des bains salés localement et à l'intérieur la liqueur de Fowler.

Pendant toute une année (de mai 1895 à août 1896), l'état reste stationnaire : atrophie musculaire de l'éminence hypoténar, du premier espace interosseux et de l'avant-bras, avec légère parésie consécutive.

Extension progressive de la maladie.

Août 1896. — Tout d'un coup le malade éprouve un certain affaiblissement de la jambe gauche. Le pied se fatigue vite par la marche, devient raide, se met en varus équin, la pointe

du pied butant contre le sol, *rabotant les cailloux*. La jambe est souvent prise d'engourdissement et de refroidissement jusqu'au genou.

Octobre 1896. — La jambe droite est prise à son tour : elle s'affaiblit, et devient le siège de picotements; aussi la marche, qui était déjà très difficile, devient dès lors presque impossible sans le secours d'une canne.

La paraplégie est constituée.

Novembre 1896. — Le processus envahit la main droite : fourmillements, engourdissement, refroidissement ; l'éminence hypothénar commence à se ramollir et à s'aplatir.

Décembre 1896. — Le malade éprouve fréquemment une sensation de resserrement au niveau des fausses côtes gauches. Les muscles abdominaux sont pris de secousses fibrillaires

Traitement électrique et ses résultats immédiats.

Nous avons déjà dit qu'un traitement électrique avait été conseillé au mois de novembre 1895, alors que des lésions étaient limitées au membre supérieur gauche.

Pendant un an (de novembre 1895 à fin 1896), le malade s'est électrisé lui-même avec un appareil volta-faradique de Gaiffe. Un pôle était placé dans la main gauche et l'autre pôle était promené le long de l'avant-bras, de façon à faire contracter les muscles.

Une séance de vingt minutes tous les deux jours.

Il faut avouer que ce traitement non seulement ne s'est pas montré efficace, mais qu'il a paru plutôt être nuisible, puisque pendant ce temps la maladie n'a pas cessé de se développer, envahissant progressivement de nouvelles régions.

Quand l'abbé, obligé par les progrès du mal de résigner ses fonctions, est venu à Paris au mois de janvier 1897 présentant les signes que nous venons de décrire et qu'on peut résumer dans le *syndrome : atrophie musculaire progressive avec paraplégie spasmodique*, nous avons jugé que l'affection n'était pas seulement *périphérique* et qu'il y avait lieu d'agir sur les *centres*, c'est-à-dire ici sur la *moelle*. Nous avons décidé de pratiquer la *galvanisation ascendante de la moelle*.

Du 1er février 1897 au 24 avril 1897, nous avons fait trente-deux applications. Le pôle négatif était placé sur la nuque et le pôle positif sur le sacrum.

Chaque séance a duré cinq minutes.

L'intensité du courant a toujours été de 10 milliampères.

Ces applications galvaniques sur la moelle ont toujours été bien supportées, sans aucune réaction consécutive.

Après la troisième séance, la marche est devenue plus facile, plus assurée.

Après la cinquième séance, cette amélioration de la marche a été encore plus marquée.

Dès la huitième séance, l'amélioration permet de faire sans fatigue d'assez longues courses.

Le 12 février, après onze séances, nous notons les faits suivants :

Voici les chiffres que donne le dynanomètre pour les deux mains :

Main droite	43	42	40
Main gauche	27	23	22

tandis qu'au mois de janvier, avant le traitement électrique, nous avions :

Main droite	38	34	31
Main gauche	20	18	18

Il y a là un gain manifeste pour la puissance musculaire des deux mains, surtout de la main gauche qui était la plus malade.

La marche est visiblement plus aisée et le malade peut au besoin se passer de canne pour quelques minutes. Il traverse plus facilement une rue, sans pouvoir encore courir, à cause de la raideur des jambes qui existe toujours. Mais il sent une souplesse beaucoup plus grande des reins et c'est à cela qu'il attribue surtout l'amélioration constatée dans la marche.

La station debout peut également être prolongée davantage.

Dans la marche, le pied gauche heurte moins le sol, et il est moins souvent sujet à des accès de trépidation épileptoïde.

La sensibilité tactile est toujours absente à la plante des pieds.

Le 17 février, après 16 séances. nous constatons encore un progrès.

Le dynamomètre accuse :

Main droite	44
Main gauche	24

La trépidation du pied gauche n'apparaît plus dans la marche.

La plante des pieds devient le siége de fourmillements.

Du 16 mars au 20 avril, le traitement a dû être suspendu. parce que le malade a beaucoup souffert d'une blépharite aiguë avec photophobie intense. qui l'empêchait de sortir.

Quand il reprend le traitement, le *20 avril,* il déclare que la marche s'est encore améliorée, que la trépidation épileptoïde du pied gauche a presque cessé. Et le dynamomètre indique :

Main droite	43
Main gauche	26

Le traitement électrique est terminé *le 24 avril avec la 32 séance.*

Concurremment avec le traitement électrique, le malade a pris une solution d'iodure de potassium comme il l'avait fait, du reste, avant notre traitement.

Suites éloignées

Etat au 12 juin 1897,

Le malade a passé le mois de mai chez ses parents, au bord de la mer. Il a eu pendant ce temps une attaque d'influenza qui a duré dix jours et qui s'est accompagnée de dysurie.

Il vient à Paris le 12 juin, et nous constatons :

La santé générale est bonne.

L'amélioration de tous les symptômes est telle que l'abbé déclare se sentir en état de reprendre ses anciennes fonctions.

Il peut maintenant marcher assez vite, le buste droit, et sans le secours d'une canne.

Il descend l'escalier comme tout le monde.

Il ne trébuche plus en marchant.

Il peut marcher, les yeux fermés.

Il peut rester debout sur la jambe droite, les yeux fermés.

Il peut rester debout sur la jambe gauche, mais à condition de ne pas fermer les yeux.

La jambe gauche ne tremble plus, ne fauche plus en marchant.

La raideur du genou gauche a considérablement diminué.

L'exagération des reflexes patellaires a également beaucoup diminué, quoiqu'il y ait toujours prédominance à gauche.

Le pied gauche peut maintenant frotter un paillasson, mouvement autrefois impossible.

La sensibilité plantaire est toujours émoussée, au pied gauche principalement.

L'amélioration constatée pour les mains, à la fin d'avril, s'est intégralement maintenue.

Etat au 12 decembre 1897.

Depuis le mois de juin, l'abbé a dit la messe tous les jours, et il a fait un peu de prédication. Mais il n'a pas encore pris de service actif, qui nécessite une grande fatigue corporelle. Chaque jour, il a fait des promenades à pied d'au moins une heure.

A partir du mois d'août, toute difficulté dans la marche avait disparu.

L'état général est resté bon.

Pas de nouvelle attaque d'influenza.

Aucune douleur du côté des reins.

Le malade marche très bien, le buste droit, sans regarder ses pieds, sans trébucher, sans avoir besoin de canne. Il monte et descend les escaliers, sans s'appuyer. Il peut courir un certain temps. Il s'agenouille, se relève tout seul.

Il s'habille très facilement. Il se sert de ses mains pour tous les usages habituels sans éprouver d'autre embarras qu'un peu de faiblesse et de raideur dans les doigts de la main gauche. Avec le dynamomètre nous obtenons les chiffres suivants :

Main droite.	40	40	40
Main gauche	36	30	30

La main droite est à peu près normale au point de vue de la force et des saillies musculaires.

La main gauche s'est restaurée partiellement ; l'éminence hypothénar est encore un peu flasque et présente des secousses fibrillaires; le premier espace interosseux reste un peu dégarni.

Les réflexes patellaires sont égaux pour les deux côtés et ils paraissent à peu près normaux.

La sensation de ligature autour du genou a disparu.

La trépidation du pied gauche ne se produit plus.

Les troubles de la sensibilité n'existent plus.

En *résumé il y a actuellement disparition complète des phénomènes spasmodiques des membres inférieurs et restauration à peu près complète des masses* musculaires des membres supérieurs.

C'est donc la guérison.

Ajoutons que le malade a toujours continué l'usage de l'*iodure de potassium*.

Voici reportés sur un tableau d'ensemble, les résultats dynamométriques obtenus pour les deux mains à différentes époques :

	MAIN DROITE			MAIN GAUCHE		
16 janvier 1897.....	38	34	31	20	18	18
12 février 1897.....	43	42	40	27	23	22
17 — —	44			24		
20 avril 1897.....	43			26		
12 décembre 1897.....	40	40	40	36	30	30

RÉFLEXIONS

Parmi les maladies du système nerveux, quelle place convient-il d'assigner au cas que nous venons de rapporter?

Au début, l'atrophie musculaire de l'éminence hypothénar et du premier espace interosseux de la main gauche avait fait porter à juste titre le diagnostic d'*atrophie musculaire progressive*, type Aran-Duchenne.

Quelques mois plus tard, en présence des mêmes lésions, un neurologiste éminent se prononça catégoriquement pour une *névrite du nerf cubital gauche* consécutive à l'infection grippale et comportant un pronostic favorable.

Au bout d'un an et demi, la marche envahissante de la maladie, la persistance, malgré un traitement énergique et scrupuleusement suivi, de l'atrophie musculaire survenue

d'abord à la main gauche, puis à la main droite. l'apparition ultérieure des phénomènes spasmodiques aux deux jambes, tout cela ne constituait-il pas le tableau de la *sclérose latérale amyotrophique* si bien décrite par Charcot [1] ?

Mais d'autre part, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la sclérose latérale amyotrophique se termine par la mort. Un des principaux caractères de cette maladie, écrit le professeur Dieulafoy , c'est la rapidité de son évolution ; après une durée de un an, deux ans, trois ans, elle aboutit toujours aux phénomènes bulbaires, et la mort arrive soit par aphyxie, soit par syncope, soit par inanition.

Au contraire, que se passe-t-il chez notre malade?

Quand le syndrome de la sclérose latérale amyotrophique paraît définitivement constitué par l'addition de la paraplégie spasmodique à l'atrophie musulaire initiale des mains; quand, par conséquent, tout espoir de guérison semble évanoui, c'est alors que la maladie change brusquement de direction : le processus, resté stationnaire pendant seize mois (atrophie musculaire de la main gauche), devient tout d'un coup très actif (en cinq mois il envahit le pied gauche, le pied droit, la main droite, les muscles du tronc) ; puis il s'arrête et, au lieu de continuer ses ravages, il rétrocède progressivement, si bien qu'au lieu de la mort, c'est la guérison actuelle.

Par conséquent, si le processus a emprunté en apparence, a un moment donné, le tableau et les caractères de la sclérose latérale amyotrophique, il ne présente pas cependant la marche et la terminaison fatale d'une myélite de cette nature.

— S'agit-il d'un autre côté d'une *névrite* simple ou plus exactement d'une *polynévrite*?

Il est extrêmement difficile, dit M. Pierre Marie [3], de distinguer les paralysies avec atrophie musculaire dues à une polynévrite de celles dues à une poliomyélite.

La coïncidence des troubles sensitifs, des troubles de la contractilité électrique et l'état de la motilité volontaire sont des éléments importants pour le diagnostic.

Dans les névrites, la contractilité électrique est profondément altérée : l'action du courant faradique est faible ou nulle, celle du courant galvanique est intervertie dans les territoires profondément dégénérés.

Dans les névrites, les troubles trophiques ont une importance capitale ; l'abolition des réflexes tendineux est un signe très important et les fonctions viscérales ne sont pas troublées.

Enfin la polynévrite se développe lentement; elle reste ensuite limitée et stationnaire pendant un temps très variable, de quelques semaines à quelques mois ; elle a une tendance naturelle vers la guérison. La mort est une terminaison rare [4].

Ajoutons encore que, dans les névrites, l'atrophie musculaire n'est jamais primitive; elle succède toujours à la paralysie et assez souvent la paralysie n'est pas suivie d'atrophie musculaire [5].

Pour MM. Babinski [6] et Pierre Marie, l'exagération des réflexes tendineux est une exception, une rareté.

---

1. Charcot, 1872. Cours fait à la Faculté.

2. Dieulafoy, *Manuel de Pathologie interne*, tome II, p. 316.
G. André. *Précis clinique des maladies du syst. nerveux*, p. 366.
Florand. Thèse (1887).

3. Pierre Marie. *Rapport sur les névrites périphériques*. Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes (1894).

4. Ettlinger. *Des Polynévrites* (*Gazette des hôpitaux*, mai et juin 1895).

5. Jacquet. *Manuel de médecine* (Debove-Achard), tone IV.

6. Babinski. *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard-Brissaud), tome VI, art. NÉVRITES.

D'après M. Babinski, le phénomène de la trépidation spinale n'a jamais été observé.

Si tels sont les principaux caractères classiques des névrites, pouvons-nous bien admettre ce diagnostic pour notre malade?

Nous avons vu que chez lui l'atrophie musculaire est apparue d'emblée à la main gauche, sans paralysie préalable ; l'atrophie musculaire ne s'est pas accompagnée de réaction de dégénérescence ; les réflexes tendineux étaient très exagérés ; les muscles des membres inférieurs étaient en état de contracture ; le pied gauche présentait spontanément le phénomène de la trépidation spinale.

La névrite ne suffit donc pas en vérité pour expliquer les phénomènes observés, quoique notre malade ait paru évoluer dans le sens d'une névrite.

L'atrophie musculaire primitive et non secondaire à la paralysie, la persistance des réactions électriques au prorata de la portion de muscle intacte, l'indolence complète, voilà autant de caractères, qui, d'après M. Jacquet, militent en faveur d'une affection médullaire ou myopathique.

Ainsi d'autre part, le diagnostic de la lésion et de sa localisation anatomique reste en suspens.

Recherchons en effet maintenant la cause et la nature du processus morbide.

Les *antécédents héréditaires* ne fournissent rien.

Dans les *antécédents personnels* on ne peut incriminer ni l'alcoolisme ni la syphilis.

Le malade ne présentait aucun stigmate de syphilis récente ou ancienne.

On sait que, dans la syphilis médullaire, il y a lieu de distinguer plusieurs formes : la forme aiguë ou précoce, la forme chronique ou tardive, et aussi la forme héréditaire tardive.

Après une enquête approfondie, nous avons été obligés d'écarter ces diverses hypothèses.

D'autre part, la médication iodurée qui a été employée ne peut laisser aucun trouble dans l'esprit, attendu que l'iodure de potassium a été ici constamment administré à faible dose.

Or, ainsi qu'on le sait, dans la syphilis des centres nerveux, particulièrement dans la myélite syphilitique chronique, il faut, pour obtenir un résultat marqué, recourir à une médication très énergique et massive qui, néanmoins reste parfois impuissante.

Il ne peut être en outre question d'*hystérie*.

Nous restons ainsi en présence d'une *infection grippale* très nette dont la *virulence* s'est concentrée sur le système nerveux.

Des cas d'infection grippale du système nerveux ont déjà été rapportés par Leyden [1], par Mossé [2].

Les agents microbiens de la grippe, ou plutôt les toxines sécrétées par les microbes, envahissent le tissu de l'axe médullaire ou des nerfs périphériques, ou bien des deux à la fois et donnent naissance à une myélite ou à une névrite infectieuse.

Etant donnés les troubles observés chez notre malade, dont on ne saurait fournir une explication suffisante avec la seule hypothèse de névrite périphérique, nous adoptons volontiers la manière de voir de MM. Thoinot [3] et Babinski, Enriquez et Hallion [4].

Pour ces auteurs, dans le cours de certaines maladies infectieuses, la moelle est susceptible de se trouver imprégnée par les agents microbiens ou plutôt par les toxines qu'ils

1. Leyden. *Revue de neurologie* (1893).
2. Mossé. Congrès de médecine de Bordeaux (1895). *Myélite et polinévr. gripp.*
3. Thoinot. *Manuel de médecine*, tome IV. art. PARAPLÉGIES
4. Enriquez et Hallion. *Revue de neurologie*, 1894, p. 282.

sécrètent. Ces toxines déterminent dans la moelle des troubles dynamiques qui, suivant leur localisation, peuvent entraîner, par l'intermédiaire des nerfs périphériques, ici de l'amyotrophie, là des contractures, ailleurs des modifications de la sensibilité.

Quand ces toxines sont éliminées, ou quand elles ont épuisé leur virulence, les centres nerveux peuvent recouvrer leur activité momentanément suspendue, et par suite les troubles symptomatiques qui s'étaient produits peuvent cesser ou s'amender progressivement.

Cette théorie se trouve confirmée par les recherches expérimentales de Widal[1] et Bezançon, qui ont inoculé à des cobayes des cultures de streptocoques. Ils ont vu ainsi apparaître chez ces animaux, tantôt une paraplégie flasque, tantôt une paraplégie spasmodique. Les nerfs périphériques et les muscles atrophiés ne présentaient aucune altération. Dans la moelle elle-même, on n'a pas retrouvé de streptocoques. On ne pouvait donc incriminer l'action directe du microbe pour expliquer les lésions constatées. Tout porte à croire que ces lésions sont de nature toxique et résultent de l'imprégnation des centres nerveux par les substances solubles d'origine microbienne.

Chez des varioleux morts de myélite aiguë, MM. Œttinger et Marinesco[2] ont pu retrouver en abondance des streptocoques dans la moelle.

Du reste, comme le dit très bien M. Thoinot, la curabilité n'a jamais impliqué l'absence de lésions, et nul ne songe à mettre en doute une myocardite curable chez le typhique, par exemple, analogue, à la gravité près, à celle que révèle l'autopsie chez le typhique mourant par le cœur.

Ainsi la possibilité d'un *myélite aiguë, infectieuse, curable* nous paraît suffisamment établie maintenant.

Le professeur Raymond[3] l'avait entrevue quand il disait, dans un travail sur les *relations de la syphilis avec l'évolution de certaines amyotrophies* :

« Je rappellerai une opinion qui s'est fait jour dans ces derniers temps et qui attribue à l'action nocive des toxines sécrétées par les bactéries de la syphilis les lésions banales du système nerveux, alors que celles-ci ne réalisent pas les caractères ordinaires des lésions spécifiques de la syphilis des centres nerveux : cette théorie a été invoquée notamment pour rendre compte des lésions spinales du tabes dorsalis chez les syphilitiques... Je soulève une question que je ne prétends pas résoudre, mais qui mérite à mes yeux d'être posée. Il est à souhaiter que les recherches se multiplient dans cette voie : le concours de l'expérimentation facilitera certainement la tâche des cliniciens pour élucider la question que j'ai soulevée. »

La *myélite syphilitique* aiguë ou précoce guérit presque toujours quand la médication est appliquée à temps et assez énergiquement.

La *rage* fournit aussi un exemple d'intoxication des centres nerveux, notamment de la moelle, par un agent infectieux. Le microbe n'a pu encore être isolé.

La pénétration du virus détermine une myélite rabique : cependant, la moelle ne présente aucune lésion anatomique. La *myélite rabique* est aussi un type de myélite aiguë infectieuse curable.

1. F. Widal et Bezançon. *Myélites infectieuses expérimentales par streptocoques* (*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1895.)

2. Œttinger et Marinesco. *De l'origine infectieuse de la paralysie ascendante aiguë*, (*Semaine médicale*, 30 janvier 1895).

Auché et Hobbs. *Contributions à l'étude des complications médullaires de la variole* (Congr. de Lyon 1894).

3. Raymond. *Bulletins de la Soc. méd. des hôpitaux*, tome X, 3e série, 3 février 1893.

Par conséquent, l'expérimentation (myélites à streptocoques de Widal et Bezançon) et la clinique (myélite rabique et myélite syphilitique) sont d'accord et nous autorisent à admettre l'existence d'une *myélite aiguë infectieuse, curable*, sans lésions organiques proprement dites.

Notre malade a bien présenté le tableau clinique d une myélite infectieuse aiguë, de nature grippale, se rapprochant, au point de vue de la symptomatologie, du tableau de la sclérose latérale amyotrophique, de Charcot.

Quand les agents microbiens de la grippe, ou simplement les toxines sécrétées par ces microbes, ont cessé d'agir sur la moelle, sous une influence quelconque (thérapeutique ou autre), la moelle a recouvré ses fonctions normales, et la guérison s'est réalisée.

Parmi les divers modes électriques que nous pouvions utiliser pour traiter notre malade, c'est à dessein que nous avons choisi les applications sur la moelle du *courant galvanique* parce que cette intervention nous a paru la plus apte à remplir l'indication fournie par la conception pathogénique que nous avions adoptée.

On l'a déjà vu au cours de l'observation, quand, au début, le diagnostic de névrite périphérique avait prévalu, la faradisation des muscles, qui avait été conseillée, est restée inefficace, quoique appliquée très régulièrement et avec toute l'énergie possible pendant toute une année.

Au contraire, avec la *galvanisation de la moelle* telle que nous l'avons pratiquée (*galvanisation ascendante* ; pôle positif au sacrum, pôle négatif à la nuque, intensité 10 milliampères pendant 5 minutes, séances quotidiennes), le malade a obtenu pour la première fois une amélioration immédiate et progressive de son état.

Il est vrai que, concurremment avec la médication galvanique, l'iodure de potassium a été administré, sans interruption. Mais l'iodure avait déjà été prescrit auparavant dans les mêmes conditions et ce médicament n'avait jusque-là nullement contrarié la marche envahissante de la maladie.

Nous avons dit pourquoi le diagnostic de *névrite périphérique* ne saurait être maintenu, malgré la terminaison favorable.

D'autre part, le diagnostic de *sclerose latérale amytrophique*, cliniquement admissible à un moment donné, ne nous paraît pas être l'expression de la vérité, puisque ultérieurement la maladie a rétrocédé et s'est terminée par la guérison.

Si l'on accepte la théorie pathogénique que nous soutenons avec quelques auteurs, théorie d'après laquelle il se fait une imprégnation de la moelle par les agents microbiens ou plutôt par les toxines que sécrètent ces microbes, nous nous trouvons en somme en présence de *troubles dynamiques* de la moelle[1]. Dans ces conditions, il semble rationnel d'admettre que la *galvanisation de la moelle* puisse jouer un rôle favorable dans l'élimination des *toxines*, et contribuer ainsi puissamment à la guérison.

En effet, la galvanisation exerce une action très énergique sur les phénomènes circulatoires et par suite sur les échanges nutritifs des cellules. Quand il s'agit uniquement de troubles dynamiques, à l'exclusion de tout processus destructeur, la galvanisation nous paraît indiquée comme un agent thérapeutique très puissant et très utile.

Conclusions

1° Dans le cours d'une *infection grippale* on peut observer des troubles multiples du système nerveux relevant soit d'une *myélite*, soit d'une *névrite périphérique* ;

1. Babinski. *Névrites périphériques.* Rapport au Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, 8 août 1894.

2° La *myélite grippale* rentre dans le groupe des *myélites infectieuses aiguës*, à côté de la *myélite syphilitique aiguë* et de la *myélite rabique*.

Dans les myélites de ce genre, la moelle est envahie par les agents microbiens eux-mêmes ou simplement par les toxines. Il n'existe pas de lésion anatomique proprement dite.

La démonstration de ce fait est évidente après les recherches de Œttinger et Marinesco, et les expériences de Widal et Bezançon.

3° La *myélite aiguë grippale* peut emprunter, au point de vue symptomatique, la forme d'une des maladies systématiques de la moelle, de la *sclerose latérale amyotrophique de Charcot*, par exemple.

4° Tandis que la *maladie de Charcot* a une marche fatalement progressive, la myélite aiguë grippale, de même que la myélite aiguë syphilitique, peut se terminer par la guérison.

5° Dans les myélites aiguës infectieuses, il s'agit simplement de *troubles dynamiques*, tandis que dans les myélites systématiques, il s'agit d'un processus destructeur.

6° A des troubles dynamiques il convient d'appliquer une médication ayant pour effet de modifier la circulation et la nutrition.

La cure électrique nous paraît répondre à cette indication, et elle nous a donné un succès remarquable sous forme de *galvanisation ascendante de la moelle*.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Succès partiel obtenu dans un cas de coma diabétique par injection sous-cutanée d'une solution de 20 grammes de bicarbonate de soude et 7 gr. 50 de chlorure de sodium pour 1000, par BESSON. (*Journ. des sciences médicales de Lille*. 6 août 1898. p. 129). — L'auteur rapporte une observation personnelle d'un diabétique dans le coma, qui a été amélioré d'une façon passagère par l'injection sous-cutanée dans la région de l'aisselle d'une solution de 20 gr. de bicarbonate de soude et 7 gr. 50 de chlorure de sodium.

Il résume plusieurs observations d'autres auteurs. De ces diverses observations il ressort que : au moyen des injections sous-cutanées ou intraveineuses de bicarbonate de soude et chlorure de sodium :

La guérison complète à été obtenue une fois dans le cas de coma diabétique (*Minkowski*), cas unique.

Une amélioration de 2 à 24 heures s'est produite dans tous les autres cas.

Dans la période prémonitoire de coma on observe des améliorations notables.

Il conclut :

Les injections alcalines donnent, dans le coma diabétique, des résultats incontestables.

Ces injections doivent se faire intraveineuses, l'injection sous-cutanée étant trop lente.

Intervenir, si possible, avant le coma.

A. CHASSEVANT.

Observations d'une année sur l'emploi de l'appareil à air chaud dans le traitement de la goutte et du rhumatisme, GRAHAM REED (*Philadelphia med. journ.*, 18 juin 1898, p. 1138). — La machine employée est une machine de corps, et la température est de 250°, 280° Farenheit. (121° à 142° 2 centigrades).

Une application suffit généralement. L'auteur a employé aussi cette méthode dans le traitement dans la chlorose, bronchite, asthme, angine tonsillaire, conjonctivite, angine de poitrine, pneumonie, dépression mentale, eczéma sciatique, lumbago, torticolis, affections synoviales, toujours avec succès. Torrance Rugh a obtenu de bons résultats dans les ankyloses et les affections traumatiques ; John Cohen considère que cette méthode thérapeuthique ne peut s'employer dans l'arthrite rhumatismale que pour calmer la douleur ; le Dr Reed, au contraire, trouve que c'est surtout dans les cas d'arthrites rhumatismales que le traitement est surtout efficace.

Ce serait une panacée.

A. CHASSEVANT.

Les effets de l'exercice sur l'hémoglobine, importance du repos dans le traitement de l'anémie, par W. EDGECOMBE. (*Bull. méd. Journ.*, 25 juin 1898, p. 1650.) — OLIVER a signalé la variation diurne de l'hémoglobine, dans le sang des individus bien portants ; on observe une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine pendant le jour et une augmentation pendant la nuit.

L'exercice actif augmente la perte diurne et l'augmentation nocturne. Chez les sujets sains il semble augmenter la production d'hémoglobine.

L'exercice passif, le massage, diminuent le volume du sang sans avoir aucun effet sur l'augmentation ou la diminution de l'hémoglobine.

Le repos diminue la perte diurne en diminuant la perte d'hémoglobine.

Le repos est donc indiqué dans le traitement de l'anémie, car le repos favorise l'augmentation d'hémoglobine en économisant sa destruction, le stock d'hémoglobine se trouve ainsi augmenté.

A. CHASSEVENT.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Tétanos traumatique traité et guéri par injection intra-cérébrale d'antitoxine. Méthode de E. Roux et A. Borrel par CHAUFFARD ET QUÉNU. (*Presse médicale* no 51 p. 325 1898). La pathologie expérimentale et l'observation montrent avec une égale netteté que, si la sérothérapie antitétanique est une méthode préventive d'efficacité certaine, ses effets curatifs, une fois le tétanos déclaré, sont le plus souvent nuls ou insuffisants.

Dans un travail récent (*Congrès International d'hygiène de Madrid*. Avril 1898), MM. Roux et Borrel ont donné l'explication de ce double fait. Dans le tétanos comme dans la diphtérie « les cellules nerveuses n'ont pas pour l'antitoxine la même affinité que pour la toxine. Aussi l'antitoxine tétanique injectée aux animaux reste-t-elle dans le sang, tandis que la toxine en est extraite et fixée par les éléments nerveux. Le contre-poison n'arrive pas au contact du poison, et les deux substances, pourtant si rapprochées, ne se rencontrent pas. Le sérum est efficace contre la toxine mise sous la peau, puisque la majeure partie de celle-ci passera par le sang, mais il est impuissant contre le poison arrivé déjà aux éléments nerveux. C'est pourquoi, dans le tétanos déclaré, il échoue si souvent. »

Partant de cette donnée, Roux et Borrel arrivent à une conclusion toute nouvelle : « s'il en est ainsi, disent-ils, ce n'est pas dans le sang des tétaniques qu'il faut accumuler l'antitoxine pour les guérir ; il faut la mettre là même ou progresse la toxine et préserver les portions vitales de la mœlle avant qu'elles soient atteintes.

Sur 45 cobayes traités à divers moments, dans différentes expériences, 35 ont survécu à la suite de l'injection intra-cérébrale de l'antitoxine. Sur 17 autres cobayes, qui ont reçu le sérum, sous la peau à doses beaucoup plus fortes, 2 seulement sont restés vivants. 17 cobayes témoins, auquels on n'a point donné de sérum sont tous morts. Il ne suffit pas, disent Roux et Borrel « de donner de l'antitoxine, il faut la mettre au bon endroit ».

La guérison que l'on obtient ainsi au cours du tétanos déclaré se fait, non par disparition immédiate des accidents, mais par immobilisation du processus, la maladie est enrayée dans son évolution, cesse d'être extensive et d'envahir de nouveaux territoires nerveux. L'antitoxine ne défait pas les lésions accomplies ; les contractures établies au moment de l'intervention persistent longtemps. Aussi, l'injection intra-cérébrale ne sauve pas tous les animaux tétraniques. Le cas que publient MM. Chauffard et Quénu est le premier où un tétanos humain ait été traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine. Le tétanos opéré était un tétanos grave avec accélération du pouls (120 puis 130), contractures intenses au niveau des mâchoires, de la face et du tronc, oligurie. Le début des accidents était relativement récent, car l'injection intra-cérébrale a été faite au cours du cinquième jour. La trépanation a été faite avec une fraise de 8 millimètres. Elle a été opérée de façon à ce que l'injection intra-cérébrale pénétrât au niveau du pied de la deuxième frontale, afin de ménager les centres psychomoteurs, et de ne risquer d'y produire aucun désordre matériel, tout en étant assez proche d'eux pour pouvoir facilement les atteindre par diffusion de l'antitoxine.

La tolérance du tissu cérébral pour l'injection interstitielle semble avoir été parfaite. Pendant les six premiers jours qui ont suivi l'opération le tétanos est resté stationnaire, mais il s'est produit de l'excitation cérébrale avec subdélire et insomnie, de la tachycardie, de l'oligurie.

Le septième jour seulement une détente s'est manifestée et progressivement l'amélioration s'est prononcée, à partir de ce moment.

La similitude a été frappante entre les faits observés (limitation des accidents infectieux) et les faits d'ordre expérimental. La guérison obtenue a été complète et aucune trace de lésion cérébrale n'a survécu à l'opération.

G. LYON.

Guérison d'un cas de tétanos traumatique traité par des injection répétées de sérum antitétanique par MM. BOINET ET VIÉ. (*Marseille Médical*, 15 juillet 1898, p. 462). — Les auteurs rapportent le cas d'un matelot, passager a bord de l'*Iraouaddy*, retour de Tamatave à Marseille. Le 22 janvier, à Diego-Suarez, il reçoit un coup de corne de bœuf malgache qui déchire la narine gauche et déchire l'aile du nez à sa jonction avec la cloison médiane. Il y a hémorragie assez abondante. Le 5 février, la plaie est en voie de cicatrisation. Le 9 février, il se présente à la visite où il a une crise tétanique très forte. Le malade est isolé et on le traite par des injections sous-cutanées de morphine et chloral à la dose de 0,02

centimètres cubes (chlorhydrate de morphine 0,20 centigr., chloral 1 gr., eau 10 gr.) à 9 heures. 9 1/2, 2e crise. 12 h., lavement de 6 gr. de chloral. 1 h. 1/2, 3e crise. 9 h. du soir, injection de 0,02 centigr. de la solution morphine chloral.

10 février, nuit calme; on continue le traitement : lavements de chloral, extrait d'opium, chloral morphine, pendant les jours suivants 10, 11, 12, 13, 14 février. Le 12 février, une grande crise fait craindre un dénouement fatal.

Le 14, aussitôt l'arrivée à Marseille, on le transporte à l'hôpital. Le 15, le trismus et l'opistotonos sont considérables ; à 11 heures, on fait la première injection de 10 c. c. de sérum antitétanique de l'institut Pasteur. Les contractions persistent, on injecte de nouveau 10c. c., de sérum et l'on continue le chloral et la morphine.

16 février, amélioration de l'état général; on nettoie la plaie qui n'est pas encore cicatrisée. 17 février. on fait une 3e injection de sérum, 10 c. c. ; à 3 h. 1/2: crise d'étouffement; le soir, à 7 heures, 4e injection de sérum.

Le 18 février, crise à 4 h. 1/2 de l'après-midi, 5e injection de sérum ; le 19, amélioration persistante ; le 20, un certain degré d'opistotonos persiste; on fait une 6e injection.

L'amélioration va en augmentant ; le 12 mars le malade sort de l'hôpital.

Cette observation est très intéressante ; elle montre que, lorsque l'incubation est lente, on peut espérer guérir le tétanos par la sérothérapie, même tardivement instituée.

D. Chassevant.

Tétanos, guérison par les injections de sérum, par Bohn. (*Union Médicale du Nord-Est*, 30 juin 1898). — L'auteur rapporte l'observation d'un instituteur qui, atteint d'une plaie de doigt, a présenté tous les symptômes de tétanos traumatique, à forme lente, puisque le tétanos ne s'est déclaré que 17 jours après le traumatisme.

Il a injecté 120 c. c., de sérum à partir du 9 août :30 c. c.,en 3 fois ; le 9, 10 c. c.,le 10 ; le 13, 40 c. c. ; le 18. 20 c. c. ; le 19, 20 c. c. ;

Le 2 mai, le malade est guéri ; il se lève à partir du 12 mai. Concurremment avec le sérum, on a administré du bromure de potassium, du chloral et de la morphine à haute dose.

D'après cette observation, il faudrait, en cas de tétanos, injecter le sérum en quantité suffisante jusqu'à produire une éruption cutanée. L'action curative ne commencerait qu'à ce moment.

Injecter concurremment de la morphine à haute dose, pour produire des rémissions des accès, pour soulager le malade et lui conserver sa résistance en attendant l'action que produira le sérum.

Faire fonctionner les émonctoires (tube digestif, peau) afin de leur faire éliminer le plus de toxines possible.

A. Chassevant.

L'ichthyol dans la variole. (*Wratsch* no 22, 1898). — Maisels rapporte un cas de variole où il a eu recours à l'Ichthyol (procédé de kolbassenko). Le résultat obtenu a été des plus satisfaisants. Pas de suppuration, ni de fièvre. Le visage n'est pas défiguré ; le prurit est nul. En outre, point important, il semble certain que *la durée de la maladie soit diminuée*.

B. Taft.

Traitement de l'érysipèle. (*Therap. Monatshefte*, juillet, 1898). — Schultze publie l'observation d'un homme de 20 ans, atteint de phlegmon du dos de la main, suite de panaris : deux incisions avec pansement approprié amenèrent une prompte guérison : il ne restait plus qu'une petite plaie en voie de cicatrisation. A ce moment, un brusque accès de fièvre amena le malade à la consultation de l'auteur, qui constata l'existence d'un érysipèle ayant envahi toute la main. Séance tenante, Schultze fit dans la région du poignet, à 3 centim. au-dessus de la limite atteinte par l'érysipèle, une série d'injections intra-dermiques d'une solution d'acide phénique à 3 °/o (4 ccm en tout). Pansement à la gaze stérilisée.

Trois heures plus tard, la fièvre était tombée de 39°,5 à 38°,6 : le lendemain matin, la fièvre ainsi que la rougeur et l'hyperesthésie de la peau avaient entièrement disparu. Au bout de deux jours, on ne trouvait plus trace de gonflement; la cicatrisation de la plaie s'effectua ensuite rapidement et sans encombre.

L'auteur conseille d'expérimenter ce procédé dans tous les cas où la délimitation exacte de la dermatite est possible.

E. Vogt.

Les produits chimiques des bactéries pathogènes et en particulier leur rapport avec la fièvre typhoïde (Suite), par Sidney-Martin. (*Bull. Med. Journ.*, 25 juin, 1898, p. 1644. — L'auteur poursuit ses observations sur la nature des toxines bactériennes et étudie le *bacille typhique*.

Il est inutile de faire des recherches sur les cultures de laboratoire qui ne sont pas toxiques en général. Chantemesse et Widal ont donné

une méthode d'exaltation de la virulence du bacille typhique en l'injectant chez des cobayes intoxiqués pour les produits solubles du streptocoque. Martin a essayé d'obtenir le même résultat en se servant de produits solubles de colibacille. Il n'arrivait pas, en général, à obtenir des virulences suffisantes pour tuer l'animal.

Il a pu se procurer cependant un bacille typhique très virulent en utilisant les cultures provenant d'une rate typhique. La mort survenait au bout de 8 jours après injection intrapéritonéale de traces de cultures chez les cobaye.

Dans toutes les expériences, il y avait formation d'une certaine quantité de sérosité louche dans le péritoine. Le bacille typhique se retrouvait à l'état de *culture pure* dans le péritoine, après la mort; il est donc la cause de l'exsudat péritonéal. Le bacille ne reste pas dons le péritoine il diffuse dans le sang, la rate. Il est intéressaut de noter l'absence de *leucocytes* dans l'exsudat péritonéal.

Le liquide péritonéal filtré est toxique vis-à-vis des lapins et des cobayes. La toxine détermine de la fièvre à un degré modéré, fièvre qui tombe au bout de quelques heures, et on n'observe aucun symptôme chez l'animal, jusqu'au moment de la mort, qui survient au bout de 30 jours. Le liquide non filtré est beaucoup plus toxique que le liquide filtré. Le filtre en porcelaine retient évidemment une forte proportion de toxine. A l'autopsie, le sang du cœur est stérile et les muscles sont dégénérés. La rate stérilisée superficiellement, mise à macérer dans une solution saline normale, donne un liquide modérément toxique. L'extrait alcoolique n'est pas toxique, les albumoses de la rate semblent n'être pas non plus toxiques.

A. Chassevant.

Traitement de la coqueluche par le phénocolle. (*Wratsch*, nº 49, 1897). — Il y a environ trois ans, un médecin espagnol, Martinez Vargas, essaya pour la première fois le phenocolle dans le traitement de la coqueluche, il s'en est fort bien trouvé.

Polieuctoff eut recours à son tour à cette substance médicamenteuse chez deux enfants chez lesquels la coqueluche était venue se greffer sur la rougeole.

Voici les résultats obtenus :

Au bout de quelques jours on observa une amélioration tellement considérable qu'on put considérer les enfants comme guéris. En outre, chez 5 autres enfants, l'amélioration fut également très rapide.

D'après l'auteur, le phénocolle diminue tout d'abord le nombre et l'intensité des accès ; il fait disparaître rapidement les accès nocturnes.

Là ne se bornerait pas son action : il diminuerait la durée de la maladie. Quant à la dose, on l'administre en quantité variant de 1 à 2 grammes par jour. Polieuctoff, tout en ne considérant pas comme Martinez Vargas le phénocolle comme un spécifique de la coqueluche, mais tenant compte des résultats satisfaisants obtenus, croit qu'il prendra une place importante parmi les substances médicamenteuses de la coqueluche, surtout chez les enfants en bas âge chez lesquels la maladie est assez dangereuse et chez lesquels il faut chercher à éviter le plus possible des médicaments énergiques, tels que la morphine.

Ajoutons que dans les cas observés on n'a jamais eu à constater d'accidents plus ou moins fâcheux.

B. Taft.

Extrait thyroïdien contre le cancer (Lancet, 1898, p. 1460). — MM. W. Bishop et F. Page, de Newcastle-on-Tyne, ont appliqué empiriquement l'extrait thyroïdien à un cas de récidive cicatricielle du cancer du sein, chez une femme de 61 ans, en atteignant progressivement 0,75 centigrammes par jour. L'effet obtenu fut surprenant. Disparition du noyau et retour de l'embonpoint. Ne pouvant tirer des conclusions de ce cas unique, les auteurs se contentent aujourd'hui de le signaler.

A. Benoit.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Traitement du pied-bot. (*Société de chirurgie*, séances des 20 et 27 juillet, 1898). — Plusieurs des membres de la Société, à la suite de M. Lucas-Championnière, font le procès de l'opération de Phelps, que ce dernier orateur qualifie d'opération défectueuse, dont les résultats sont toujours incomplets. Ce qu'il faut faire, pour remédier au pied-bot, tant paralytique que congénital, c'est la résection progressive de tous les os du tarse, sauf la partie postérieure du calcaneum, en commençant par le bord externe, jusqu'à complet redressement. M. Brun réclame en outre la section du tendon d'Achille, qui évite les rétractions tendineuses tardives du pied-bot paralytique.

M. Monod est partisan de la résection partielle des os du tarse, comptant, d'après ses propres observations, sur le vide ainsi produit, pour conserver les mouvements du pied, même après l'immobilisation plâtrée prolongée. MM. Kirmisson et Félizet sont d'avis que l'opération de Phelps doit être conservée; elle permet le redressement dans beaucoup de cas, à peu de frais, grâce à la simple arthrotomie médio-tarsienne. En tous cas, il faut user de plus de ménagements en ce qui concerne les os de l'arrière-pied. M. Félizet signale un très fort raccourcissement chez les malades opérés comme le veut M. Lucas-Championnière; d'autre part, l'étalement des métatarsiens était tel que le pied avait pris l'apparence d'une patte d'autruche. Il a évité ces désagréments sérieux en modifiant le Phelps par une fracture transversale du pied et en faisant la section du tendon d'Achille.

Aug. Benoit.

Echinocoques et tumeurs syphilitiques (*Deutsche med. Wochenschrift*, 30 juin 1898). — Lennhoft, assistant de la clinique du Dr Litten, de Berlin, fait ressortir combien difficile à établir est parfois le diagnostic de certaines tumeurs des organes internes : souvent même dans le cas de gommes du foie, par exemple, le traitement anti-syphilitique reste sans résultat et peut contribuer ainsi à augmenter la confusion. Dans d'autres cas, le traitement spécifique procure de brillants et rapides succès, sans qu'il soit actuellement possible de dire à l'avance quels sont les cas favorables ou non à la médication. L'auteur cite aussi un cas dans lequel un malade, atteint une première fois d'hépatite syphilitique grave, et traité avec succès, revint porteur d'une tumeur présentant les caractères syphilitiques classiques : une ponction exploratrice démontra l'existence d'une tumeur à échinocoques.

On sait qu'il est parfois dangereux de ponctionner les tumeurs à échinocoques : l'auteur n'a pas eu d'accidents à déplorer, mais il s'est vu forcé par la pusillanimité des malades, à recourir à ce moyen de diagnostic, la laparotomie exploratrice ayant été chaque fois refusée. D'un autre côté, les malades ponctionnés ont accepté l'opération complète après la ponction, à l'exception d'un seul qui guérit, chose curieuse, entièrement et cela sans aucun traitement ultérieur. L'échinocoque a-t-il été entièrement résorbé, ou le reste du liquide non extrait par la ponction s'est-il épanché lentement, et sans provoquer de réaction, dans le péritoine? Le malade ne s'étant représenté à l'auteur que 3 ans après la ponction, il n'a pas été possible d'éclaircir cette question. En tous cas il ne faudrait pas compter dans la pratique, sur des succès fréquents de ce genre : la laparotomie exploratrice reste, dans les cas douteux, l'opération à proposer aux malades.

Litten a pu reconnaître que les crochet d'échinocoques une fois détachés, suivent les lois de la pesanteur : on fera donc bien, avant de recourir à la ponction, de coucher les malades pendant quelques instants sur le ventre.

E. Vogt.

Nouveau procédé d'échinococotomie dans le foie et d'autres organes parenchymateux. (*La chirurgie russe*, nº 1, 1898). — Il y a trois ans, en 1895, le Pr. Bobrof, dans un cas d'échinococotomie, versa dans le kyste évidé une émulsion à l'iodoforme glycériné et sutura le sac.

Comme dans les suites opératoires on constata des accidents, Bobroff remplaça l'émulsion à l'iodoforme glycériné par la solution physiologique de chlorure de sodium.

Dans trois cas ce procédé a donné d'excellents résultats; chez tous les trois malades la réunion se fit par première intention et, un mois après, l'opération ils étaient complètement guéris. Dans ces derniers temps Bobroff a eu à intervenir dans 5 cas d'échinococotomie (1 du pancréas, 4 du foie). Dans ce cas il n'a introduit aucun liquide dans le kyste et s'est contenté de suturer complètement le sac, ainsi que les parois abdominales.

Cette fois encore, le résultat fut des plus satisfaisants. On n'avait constaté aucune accumulation de liquide dans le kyste et les malades ont guéri au bout de peu de temps.

Cela prouve que la transsudation dans la capsule fibreuse échinococcique ne se fait que dans le cas où la cavité reste ouverte, où le sac est suturé aux bords de la plaie, où l'on laisse un tampon ou un drain.

Chez le malade atteint d'échinocoque du pancréas on a constaté une transsudation de la bile dès qu'on avait vidé le sac; malgré cela, les suites opératoires ont été de tous points excellentes.

Pour prévenir la suppuration ou l'accumulation de la bile dans le sac, on peut à l'aide d'une ou de deux sutures fixer le foie immédiatement sous l'incision de la paroi abdominale.

Mais on ne saurait recommander cette fixation dans tous les cas, car il peut se produire une adhérence du foie aux parois abdominales, adhérence qui ne laisse pas de présenter des inconvénients.

B. Taft.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Cholédochotomie. (*Société de chirurgie*, 8, 15, 22 juin). — M. QUÉNU est venu rapporter trois récentes observations de cholédochotomie. Dans l'une, il fit la suture du cholédoque et le malade succomba aux suites d'une hémorragie en nappe. Dans les deux autres, après avoir extirpé les calculs qui obstruaient les voies biliaires, il laissa les canaux largement ouverts et draina. Les malades guérirent et les fistules se fermèrent complètement au bout de quelques semaines. L'auteur se croit fondé à recommander la cholédochotomie sans suture du choledoque avec un drainage facile à placer en créant un infundibulum protecteur avec les parties voisines. Ce qui semble prouver que l'obstruction ne siège pas seulement dans les grosses voies biliaires, mais aussi dans les ramifications plus fines, c'est qu'après l'opération, l'ictère disparaît, mais il s'écoule les jours suivants par la plaie opératoire une véritable *boue biliaire* par stagnation. D'autre part, les pigments biliaires se retrouvent encore dans l'urine, bien après la disparition de l'ictère.

M. ROUTIER dit qu'il ne faut pas toujours s'attendre à trouver une vésicule biliaire rétractée sur les calculs qu'elle contient, comme l'enseigne Courvoisier; mais la vésicule peut être extrêmement distendue dans des cas de lithiase biliaire et s'il existe des calculs arrêtés dans les conduits biliaires supérieurs, c'est à-dire sensibles jusque dans le parenchyme du foie lui-même; on peut croire à un cancer des organes voisins comprimant les voies biliaires et généralisé au foie. C'est dans ces conditions que, s'étant abstenu une fois d'ouvrir le cholédoque, il eut à déplorer la perte de son malade (1889). M. SCHWARTZ a fait plusieurs fois le *cholédochotomie* avec *drainage du cholédoque*, notamment dans un cas d'*angiocholite infectieuse*, sans arrêt complet d'écoulement de la bile et il s'en est fort bien trouvé. La fistule se ferme vers le 21e jour et il a cru remarquer que sa fermeture s'accélère aussitôt que le malade est en état de se lever. La station verticale agirait donc par l'influence de la pesanteur qui dirige le liquide dans des voies naturelles. M. RICARD apporte une confirmation de l'*hémophilie* remarquable des hépatiques, signalée par M. Quénu. Les petits vaisseaux péritonéaux, ceux de la eau elle-même lui ont fait éprouver dans un cas récent une gêne sérieuse. En résumé, la *cholédochotomie sans suture du cholédoque* réunit la plupart des suffrages. Elle a pour elle l'excellence des résultats obtenus. Le drainage convient non seulement aux cas de lithiase biliaire, mais aussi à certains cas d'angiocholite infectieuse. Dans un récent article (1), M. Josserand et Adenot (de Lyon) écrivent fort justement : que l'appareil biliaire intra-hépatique peut être considéré comme une cavité close ramifiée, et que, dans les cas où son contenu est infecté, il faut ouvrir cette cavité comme un abcès, en pratiquant la *cholécystostomie*, qui est, dans ces cas, le meilleur procédé pour obtenir un drainage lent des voies biliaires. Seul, M. MICHAUX est venu communiquer 4 observations où il démontre que la suture complète du cholédoque n'empêche pas d'obtenir de bons résultats. Selon lui, c'est l'opération idéale et l'on ne saurait ériger en loi la méthode présentée par M. Quénu. Il propose à son tour de ne laisser béante l'ouverture du cholédoque, que lorsqu'on redoute un danger quelconque, ou lorsque la suture présenterait trop de difficulté. On sait en effet que l'épiploon gastro-hépatique est tellement rétracté et bridé par des adhérences, dans certains cas, qu'il est matériellement impossible, après avoir péniblement extrait les calculs qu'il contient, d'aller le suturer à cette profondeur. La suture doit être au contraire pratiquée dans tous les autres cas.

AUG. BENOIT.

Action de certaines drogues et eaux minérales sur la sécrétion et la composition de la bile, par W. BAIN. (*Bull. Med. Journ.*, 25 juin 1898, p. 1646). — L'auteur a eu à sa disposition un malade atteint de fistule biliaire chez lequel il a pu faire un certain nombre d'observations. La quantité moyenne de bile secrétée en 24 heures est d'environ 775 cc.; les matières solides y entrent pour 15 gr. 89 et les sels biliaires s'y trouvent dans la proportion de 4 gr. 197. La densité varie de 1007,9 à 1012. La bile est secrétée pendant le jour en plus grande abondance que pendant la nuit.

Les substances suivantes augmentent simultanément la quantité de bile sécrétée et celle des matières solides qu'elle renferme : Eaux d'Harrogate (minérales sulfureuses), de Carlsbad (bicarbonatées, chlorurées, sulfurées), l'evonymin, le benzoate de soude, le salicylate de soude et l'eau de Kissingen.

(1) *Gazette hebdomadaire*. 1898, n° 51.

La résine de podophyllin et l'iridine augmentent les éléments solides de la bile sans augmenter sensiblement sa quantité.

La podophyllotoxine semble diminuer à la fois la quantité de bile et celle des matières solides dissoutes.

L'eau chaude et l'eau gazeuse à fortes doses semblent n'avoir aucune action sur la quantité de bile secrétée.

Le salicylate de soude augmente l'acide urique des urines.

A. CHASSEVANT.

Torsion de la totalité de l'intestin grêle autour du mésentère. (*Société de chirurgie*, 15 et 22 juin 1898). — On sait que plusieurs chirurgiens, après avoir dévidé patiemment l'intestin, mis à nu pour parer à des accidents d'étranglement interne, ont été surpris de voir l'obstruction cesser tout à coup (Routier.) Il semble que ces cas puissent tous s'expliquer par la torsion de la totalité de l'intestin autour de son mésentère. Peut-on faire le diagnostic ? M. DELBET pense que l'on peut s'attacher aux signes suivants : rapidité du météorisme, rareté des vomissements fécaloïdes, production presque instantanée de l'*ascite*. Même le ventre ouvert, il est parfois difficile de préciser cette cause très rare d'obstruction; ne pas confondre avec une hernie rétro-péritonéale. Examiner le bout cœcal qui est aplati et le bout jéjunal qui est distendu ; on les trouvera tous les deux mobilisables. M. MONOD montre que les lésions produites par cette torsion complète peuvent se produire très rapidement; il a perdu une opérée, bien qu'il ait pu pratiquer la détorsion complète de la masse intestinale, de nombreuses ulcérations de la paroi ayant amené une péritonite consécutive. Peut être le développement extrême des veines mésaraïques peut-il mettre l'opérateur sur la voie du diagnostic. En tout cas, il faut ne point confondre ces cas avec la torsion isolée ou volvulus de l'une des anses supérieures de l'intestin grêle, non plus autour du mésentère, mais autour d'elle même, ce qui lui donne l'aspect d'un véritable cordon ligamenteux (Kirmisson).

AUG. BENOIT.

Traitement de l'appendicite. (*Societé de Chirurgie*, 6 juillet, 1898.). — M. POIRIER cite une observation qui démontre l'efficacité du traitement chirurgical, même dans les cas les plus désespérés en apparence. Ayant eu à inciser dans un cas de *péritonite purulente généralisée* par suite de la gangrène de l'appendice, il fit la contre-ouverture dans la fosse iliaque du côté opposé, lava et draina et obtint un succès opératoire inespéré dans un milieu campagnard très défavorable. Il opine pour la recherche immédiate de l'appendice et son extirpation. Tel n'est pas l'avis de M. Reclus, qui préfère, si l'on éprouve de la difficulté dans cette recherche, ne pas s'exposer à déterminer une péritonite et remettre l'ablation à une période ultérieure, *à froid*. M. BRUN croit comme M. Poirier qu'il est bien préférable au début de faire la cure radicale du premier coup, mais si l'on est appelé seulement après trois ou quatre semaines, l'abcès existant, il faut l'ouvrir et se borner là. Il diffère d'opinion sur l'opportunité de l'intervention avec les précédents ; il faut certainement attendre 24 à 48 heures, en employant la glace et la morphine, avant de prendre une détermination. Exception sera faite, seulement pour les malades qui présentent d'emblée un pouls affolé et le faciès plombé. Ici tout retard serait néfaste.

AUG. BENOIT.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine

Traitement chirurgical de la péricardite (*Deutsche med. Wochenschrift* n° 32 1898). — BRENTANO envisage la question de l'intervention chirurgical dans la péricardite. Les trois méthodes actuelles sont :

1° La ponction.
2° L'incision dans un espace intercostal.
3° L'incision après résection costale préalable.

1° La *ponction*, quel que soit le point choisi pour l'exécuter, expose à des accidents, car un cœur fixé par des exsudats, peut être lésé par l'instrument. L'auteur a toujours pu constater que, contrairement aux idées théoriques généralement reçues, la plus grande quantité du liquide exsudé s'accumule *en arrière* du cœur : ce dernier a une tendance manifeste à venir s'appliquer contre la paroi thoracique, quand des adhérences ne s'y opposent pas. Au cours de la ponction, la pointe du cœur vient pour ainsi dire se jeter sur le

trocart, et se blesser. Les veines coronaires sont alors tout spécialement exposées à des lésions.

Mais il arrive beaucoup plus souvent que la ponction atteint la *plèvre*, car le sac formé par le péricarde rempli de liquide ne la refoule pas de côté, mais l'applique fortement contre la paroi thoracique.

La ponction enfin ne permet pour ainsi dire jamais d'évacuer la totalité du liquide : on est donc obligé de procéder à des ponctions successives, dans des conditions toujours plus défavorables.

Toutes ces raisons ont fait rejeter entièrement cette opération à l'auteur.

2° *Incision*. Essayée dans deux cas, elle a donné de mauvais résultats. Les parois thoraciques épaisses de l'adulte empêchent tout examen un peu minutieux du sac péricardique. La plèvre et les vaisseaux mammaires internes sont tout particulièrement exposés à être compris dans l'incision : les veines, peu développées à l'état normal, peuvent, par suite de la stase provoquée par l'épanchement, acquérir un volume important.

Comment enfin arriver, au fond de l'infundibulum créé par l'incision, à se rendre compte de la position des adhérences qui existent entre les feuillets du péricarde ?

3° *Incision du sac après résection costale*. Cette intervention est fort simple et peut être faite avec anesthésie locale. Il faut réséquer le 5e cartilage costal; dans quelques cas rares on réséquera aussi le 4e. L'incision passera par le milieu du cartilage costal. Une fois les deux moitiés du cartilage réséqués, on voit facilement le repli de la plèvre, que l'on refoule de côté. Au moment de l'incision du péricarde, le liquide sort en jet et la pointe du cœur vient se présenter dans l'incision, gênant la sortie du liquide. Pour éviter un retrait des lèvres de la plaie péricardique, on fera bien de les fixer à la peau. Le drainage se fait avec une mèche de gaze iodoformée.

En cas d'exsudat purulent, on fera quotidiennement des lavages à l'eau stérilisée pure ou contenant très peu de lysol.

L'auteur dispose de cinq observations ; les malades ont toujours été extrêmement soulagés par l'intervention.

Il ne faudrait jamais intervenir dans les cas où, depuis longtemps déjà, la péricarde a subi des modifications pathologiques, ainsi que l'ont démontré ces deux cas de péricardite séro-fibrineuse opérés.

Dans les deux cas de péricardite purulente opérés, les malades finirent par succomber.

Les deux autopsies démontrèrent l'existence de foyers purulents dans le myocarde.

Deux cas de péricardite séro-fibrineuse ne furent, de même, que momentanément soulagés ; il s'agissait d'anciennes péricardites récidivantes, avec énormes fausses-membranes œdématiées et très peu de liquide.

Un cinquième cas, concernant une première attaque de péricardite au cours d'un rhumatisme, a donné une guérison rapide.

E. VOGT.

Affection cardiaque causée par un accès de rire immodéré. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 30, 1898.) — FEILCHENFELD a observé une jeune fille de 13 ans, de très bonne santé, qui à la suite d'un accès de rire convulsif, ressentit dans la poitrine des douleurs qui lui arrachèrent des cris : l'accès se termina par de l'anhélation, et l'enfant finit par s'endormir d'un sommeil agité. Les crises douloureuses s'accompagnant d'anhélation reparurent le lendemain à plusieurs reprises.

L'auteur eut l'occasion de voir la malade en pleine crise : elle présentait une cyanose marquée, et un pouls filiforme à peine sensible. Cœur normal, avec contractions faibles et très fréquentes. L'aspect général rappelait complètement une crise d'angine de poitrine. Les injections sous-cutanées de camphre et de morphine restèrent sans résultat; le Dr SENATOR, appelé en consultation, prescrivit de la phénacétine qui exerça une influence favorable.

Pendant quinze jours, les accès quotidiens devinrent de plus en plus rares : dans ces derniers temps, après une accalmie complète de six mois, ils réapparurent à la suite de fatigues et d'émotions multiples. Le cœur semble actuellement normal dans l'intervalle des attaques, mais au moment de la crise la matité augmente et l'on entend nettement un souffle systolique.

L'auteur n'hésite pas à considérer l'accès de rire du début comme ayant été la cause d'une modification pathologique du cœur, par excitation de pneumo-gastrique suivie de parésie : les crises subséquentes auraient modifié peu à peu le myocarde.

La question de troubles hystériques possibles n'est pas discutée au cours de ce travail.

E. VOGT.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par l'opium et les bromures. (*Therap. Monatshefte*, août 1898). — Le Pr ZIEHEN, d'Iéna, ne met pas en doute que la méthode de Flechsig n'ait rendu de grands services, depuis 5 ans qu'on l'utilise. Mais Ziehen pense, d'un autre côté, qu'il y a lieu de voir maintenant si les résultats ont été durables, et s'il n'y a pas lieu de modifier quelque peu la procédure classique pour en diminuer les dangers et en augmenter l'action thérapeutique.

Avant de commencer un traitement par la méthode sus-indiquée, il faut avant tout se demander si elle est applicable à tous les cas : or, il semble que toutes les variétés d'épilepsie se prêtent à cette médication : le plus jeune patient de Ziehen avait 5 ans et il a fort bien supporté la cure. Les cas de petit mal ou de vertige sont justiciables du traitement aussi bien que ceux de mal comitial classique : la syphilis n'est pas une contre-indication.

Il ne faudrait pas, en présence de l'inefficacité d'une cure préalable par les bromures seuls, conclure au rejet de la méthode combinée. La seule précaution à prendre, c'est de ne jamais commencer la cure chez les débilités avant d'avoir amélioré leur état général. Les affections cardiaques constituent enfin souvent une contre-indication.

L'auteur ne dépasse pas la dose de 0 gr. 8 à 0 gr. 9 de poudre d'opium par jour : il débute par 0 gr. 15 par jour, en trois prises. On augmente tous les deux jours de 0,01 par prise : il faut donc 7 semaines pour atteindre la dose maxima. Au cours du traitement, on supprime le tabac, les épices, l'alcool, le café, le thé, le bouillon : ce dernier aliment est surtout dangereux pour l'épileptique. On ne donnera de la viande qu'une fois par jour. Le repos physique et moral est nécessaire : tous les jours, un bain, de 10 minutes, à 30° : on descend peu à peu à 3 min. et 21°.

L'appétit, la température du corps, la fréquence du pouls diminuent au cours du traitement. La constipation sera combattue par le massage.

Dans la moitié des cas, la première phase du traitement n'exerce pas d'influence sur le nombre et l'intensité des accès. Dans un tiers des cas, le nombre des accès diminue ; dans quelques cas rares, il y a aggravation au début.

Quand le cycle de l'opium est arrivé à sa fin, on supprime brusquement la drogue et on donne 6 à 9 gr. de bromure par jour. Cette pratique, que l'auteur juge, avec Flechsig, capitale pour la bonne réussite du traitement, doit être exécutée le malade étant condamné, au début, au repos au lit absolu. La fréquence du pouls augmente immédiatement. Il faut minutieusement régler à ce moment l'alimentation, pour éviter des crises de diarrhée; l'appétit est souvent exagéré.

Le choix du sel bromique n'a pas grande importance pour l'auteur, qui insiste surtout sur l'administration des bromures pendant une année entière et à doses élevées : on peut, dans certains cas, diminuer les doses, mais d'une façon passagère seulement. Cette seconde période du traitement est plus dangereuse que la première, car l'action des bromures est nettement cumulative.

Les accidents sérieux sont la faiblesse du cœur, l'anurie, la somnolence : il faut, au début du traitement, toujours examiner le réflexe cornéen dont la diminution ou la suppression est le meilleur signe d'intoxication menaçante; il faut examiner les deux yeux, car il y a souvent, d'un côté à l'autre, des différences notables à ce point de vue.

La désinfection intestinale a une importance très grande à ce moment.

Entre le 3e et le 5e jour du traitement bromuré, on peut faire lever le malade : le traitement balnéaire n'est supprimé que pendant les 8 premiers jours.

Le malade doit-il être placé, pour cette cure, dans un asile? Cette condition n'est pas indispensable quand il n'existe aucune psychose épileptique, mais il est certain que, hors des asiles, les malades sont moins surveillés. En cas de guérison, il faut continuer pendant plusieurs années le bromure, et c'est ce que n'observent pas souvent les malades, d'où possibilité de récidives.

En tous cas, la méthode constitue pour l'auteur un progrès considérable : si l'épilepsie reste toujours difficile à guérir, on peut compter beaucoup plus souvent qu'avec les anciens procédés sur de remarquables améliorations chez ces malades.

E. VOGT.

Traitement de l'alcoolisme par la suggestion. (*Wratsch* n° 18, 1898). — En se basant sur les résultats obtenus par différents auteurs ainsi que sur ses observations personnelles, Rybakoff formule au sujet de l'action thérapeutique de la suggestion sur l'alcoolisme chronique les conclusions suivantes :

1° Les alcooliques sont très facilement hypnotisables et d'une façon générale tombent dans le sommeil hypnotique beaucoup plus rapidement que bien d'autres malades.

2° La suggestion est un bon moyen thérapeutique dans l'alcoolisme chronique.

3° L'action favorable de la suggestion se manifeste par une amélioration de l'état général, la disparition de l'apathie et de l'angoisse, par la diminution du penchant au vin et enfin par la cessation d'emploi des boissons alcooliques.

4° Parfois, déjà après la première cure, on arrive à arrêter le penchant funeste des malades.

5° L'emploi répété des séances d'hypnotisme arrête parfois l'alcoolique pendant un laps de temps assez long, mais variable dans les différents cas, et dépendant de la constitution personnelle des malades.

6° D'après les observations de l'auteur, la guérison durable ne s'observe qu'assez rarement ; quant aux récidives elles sont relativement fréquentes. D'autres auteurs affirment avoir obtenu la guérison définitive dans un nombre de cas très considérable. Pour Rybanoff cette différence de résultats obtenus s'explique par le degré de dégénérescence du malade : moins elle est prononcée et plus la guérison est durable et sûre.

7° Les récidives après le traitement hypnotique s'observent plus souvent dans les cas où l'on arrête trop vite les séances.

8° Dans le traitement des alcooliques par la suggestion hypnotique il faut tenir grand compte de la durée de chaque séance.

9° Pour obtenir des résultats plus durables il est indispensable de soumettre les malades à la suggestion hypnotique pendant un laps de temps assez long (au moins pendant un an).

10° On peut commencer le traitement hypnotique à n'importe quel moment ; toutefois il vaut mieux le commencer lorsque le malade n'est pas en état d'ivresse.

Il ne faut jamais hypnotiser les malades en proie à une forte excitation ou au delirium tremens. Il faudra toujours attendre le moment où l'excitation aura diminué, car les hallucinations deviendront moins fortes.

B. Taft.

Ophtalmologie

Dr Kopff

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

Traitement du trouble post-traumatique du corps vitré. (*Communication faite au Congrès d'ophtalmologie*, mai 1898, par le Dr Kalt, de Paris). — Ce trouble est consécutif à des contusions violentes et s'accompagne d'hémorragie du corps vitré d'origine choroïdienne. Le sang ainsi épanché se dissocie en flocons plus ou moins fins. La rétine peut se décoller. L'auteur a soigné deux malades atteints de contusion grave du globe avec décollement ; l'un par l'électrolyse intra-oculaire (courant de 4 milliampères pendant cinq minutes) ; l'autre par des injections massives de chlorure de sodium à 1 0/0, trois fois par semaine. Les deux traitements ont été efficaces ; mais il donne la préférence aux injections qui ont donné un résultat meilleur et plus rapide.

Dr Kopff.

Traitement de l'ectropion. (*Medicins. Obos.* n° 12, 1897). — Après avoir étudié les causes directes de l'incurvation du cartilage et de l'ectropion dans le trachome, Rogau dit que la cure radicale doit remplir les conditions suivantes : 1° Le rétablissement des rapports normaux entre les couches antérieure et postérieure de la paupière sur la ligne perpendiculaire et parallèle au bord libre de la paupière : les couches internes (postérieures) se ratatinent plus que les couches externes (antérieures). 2° Le rétablissement des rapports normaux entre le cartilage tarse et la peau. 3° Il faut s'opposer au ratatinement de la conjonctive.

L'auteur distingue dans son procédé 4 temps :

Premier temps : Deux incisions verticales à travers toute l'épaisseur de la paupière, longues de 3 à 4 millim.

Deuxième temps : Incision horizontale sur la paupière atteinte d'ectropion, parallèle au au bord sur la gouttière du cartilage tarse incurvé, pénétrant à travers la conjonctive et le cartilage ; séparation du tarse du muscle orbiculaire sur une étendue de 2 à 3 mill. en haut et jusqu'au bord ciliaire en bas.

Troisième temps : Les incisions verticales sont prolongées en haut sur une étendue de 7 à 10 mill. en pénétrant à travers la peau

et le tissu cellulaire sous-cutané ; par cette incision le muscle orbiculaire est séparé totalement dans la partie inférieure et superficiellement dans la partie supérieure.

Quatrième temps. Trois sutures verticales, six sutures horizontales, trois de chaque côté. Pour les sutures verticales on fait pénétrer l'aiguille à travers le cartilage tarse à 1 mill. du bord libre, on la fait passer immédiatement en avant de la surface antérieure du segment supérieur du cartilage et on la fait ressortir en dehors à travers la peau à 3-4 millim. au dessous du sourcil. La suture horizontale moyenne qui réunit les bords de l'incision verticale est faite profondément à travers le segment inférieur du cartilage et un peu en haut vers la lèvre extérieure de la plaie. Les deux autres sutures horizontales sont faites superficiellement. L'opération est terminée par une petite incision du bord externe de l'œil.

Les avantages de ce procédé sont d'après son auteur les suivants :

1° La paupière conserve sa forme absolument normale. Même dans le cas de rétraction complète de la cicatrice à la place de l'incision (ce qui n'arrive pas ordinairement) le résultat opératoire n'en reste pas moins considérable.

2° Grâce aux incisions du bord libre de la paupière, la partie ciliaire en se juxtaposant librement au globe oculaire ne le comprime pas. On ne coupe que la partie ciliaire du muscle orbiculaire en laissant intacte sa partie supérieure.

3° La paupière n'est pas raccourcie.

A la fin de son travail l'auteur cite un certain nombre d'observations.

B. TAFT.

L'action de l'eucaïne A et de l'eucaïne B sur l'œil. (*Thèse de Saint-Pétersbourg* 1897). — Sous le nom d'eucaïne A on désigne des tablettes de chlorhydrate d'eucaïne dont nous avons déjà eu l'occasion d'entretenir nos lecteurs. Quant à l'eucaïne B, qui se rapproche beaucoup de l'eucaïne A, de la cocaïne et surtout de la tropacocaïne, elle fut proposée il y a une dizaine d'années par le professeur Silex.

Les expériences et les observations cliniques faites par MIKOVSKY ont montré que les deux eucaïnes ne se troublent pas même si leurs solutions sont conservées pendant longtemps ; elles ne se décomposent pas par ébullition, sont peu toxiques, ne modifient pas la pression intra-oculaire, n'exercent pas d'action sur l'accomodation (l'eucaïne A paralyse mais moins énergiquement que la cocaïne) et dilatent peu la pupille (cette dilatation est encore moins prononcée avec l'eucaïne B qu'avec l'eucaïne A). C'est en cela que les deux eucaïnes présentent un avantage sur la cocaïne. Mais en revanche les eucaïnes déterminent une forte irritation, une congestion des vaisseaux conjonctivaux et agissent d'une façon destructive sur l'épithélium de la cornée.

Ces faits amènent l'auteur à conclure que l'eucaïne A doit être complètement exclue de la thérapeutique oculaire, tandis que l'eucaïne B doit être conservée pour les opérations sur les paupières (en injections sous-cutanées d'une solution à 3 0/0) et peut-être pour les opérations sur les glaucomes (étant donnée l'action peu énergique qu'elle exerce sur la pupille).

B. TAFT.

De l'emploi de crayons, de lamelles et de pinces en caoutchouc dans le traitement du trachome. (*Médicins. Obosr.* n° 12, 1897). — DEBOGORY-MOKRIEVITCH propose de pratiquer l'expression des granulations trachomateuses à l'aide de lamelles en caoutchouc. L'une de ces lamelles (l'auteur n'en donne pas la description) étant mise à la base des granulations qu'il va falloir exprimer, on se sert d'une autre — pourvue d'un manche en bois ou en métal — pour exercer la pression nécessaire.

Quant au massage de la muqueuse trachomateuse, l'auteur emploie pour cela un crayon en caoutchouc. Enfin il se sert encore de pinces également en caoutchouc.

En se basant sur ses expériences, l'auteur arrive à cette conclusion que les procédés que nous venons de décrire sont bien plus commodes pour l'expression des granulations trachomateuses et pour le massage de la muqueuse malade que les procédés habituellement employés. En outre le traitement par le sulfate de cuivre consécutif à l'expression des granulations, est plus efficace que le traitement par le sulfate de cuivre seul.

Le massage à l'aide du crayon en caoutchouc a pour résultat l'absorption et la disparition complète des granulations trachomateuses, des excroissances papillaires et des infiltrations. Les granulations non exprimées mais comprimées par la pince en caoutchouc disparaissent également.

B. TAFT.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Contribution critique à l'étude du traitement des brûlures spécialement par l'acide picrique, par DAKHYL. (*Thèse de Paris*, 1885).

Traitement des brûlures par l'occlusion. — Tous les auteurs partisans de l'occlusion ont proposé un grand nombre de procédés variés dans leur application, mais procédant tous d'un même principe, la protection des surfaces dénudées contre les influences extérieures.

Traitement des brûlures par les bains et les pansements humides. — La balnéation continue, d'Hebra, offre le principal avantage du pansement occlusif, à savoir la suppression de la douleur et supprime son plus grand inconvénient : la stagnation du pus. Mais elle n'est pas meilleure que la précédente au point de vue de la cicatrisation. Les mêmes remarques sont applicables aux pansements humides : excellents contre la douleur et contre l'infection (surtout lymphangite et périlymphangite), ces pansements sont nuls au point de vue de la cicatrisation

Traitement des brûlures par les corps gras. — Trois topiques sont encore journellement employés contre les brûlures : le liniment oléo-calcaire, la vaseline pure ou mélangée à une substance antiseptique, la pommade de M. Reclus.

Il n'y a pas longtemps encore brûlure et liniment oléo-calcaire semblaient être les deux termes obligés d'une même équation ; l'une appelait forcément l'autre.

D'autre part, la vaseline boriquée et les autres pommades médicamenteuses ont encore la vogue dans la plupart des hôpitaux de Paris. M. Reclus recommande la pommade suivante :

Vaseline.	50 gr.
Acide borique.	5 »
Antipyrine.	5 »
Iodoforme.	1 »

Les corps gras retardent tous la cicatrisation, ils entretiennent la suppuration, amènent des érythèmes et des dermites.

Traitement des brûlures par les pansements secs. — Deux pansements favorisent très heureusement la cicatrisation des brûlures : ce sont le pansement au sous-nitrate de bismuth et le pansement iodoformé, préconisé par Moselig-Moorhof, en 1877 et ensuite par Senff. Ce dernier pansement est analgésique, favorise la cicatrisation. Mais il est toxique chez les enfants et lorsqu'il s'agit de brûlures étendues.

Traitement antiseptique des brûlures. — Mme Nageotte a démontré que la suppuration est facilement évitée si l'on obtient l'asepsie de la brûlure.

Il faut :

1° Employer le chloroforme pour obtenir une antisepsie rigoureuse et non douloureuse, surtout chez les enfants et les personnes nerveuses.

2° Commencer par savonner la plaie, brosser au besoin, désinfecter en un mot soigneusement.

3° Enlever les phlyctènes rompues et conserver celles qui sont intactes.

4° Appliquer un pansement sec après avoir badigeonné la plaie avec un topique quelconque.

Mme Nageotte ne propose aucune substance spéciale pour le traitement des brûlures ; ce qui importe surtout, d'après elle, c'est l'asepsie.

Il y a là une erreur ; car l'antisepsie d'une brûlure étant réalisée, on obtiendra une cicatrisation plus ou moins rapide, suivant le procédé de pansement que l'on emploiera.

La kératinisation se fait malgré les antiseptiques, phénol, sublimé, mais n'est pas favorisée par eux. L'iodoforme, l'acide borique ne favorisent pas non plus l'épidermisation, mais ils ne l'empêchent pas. La pommade soufrée, l'ichtyol ont une action éminement keratoplastique.

Les meilleurs agents kératoplastiques sont l'acide pyrogallique et l'acide picrique. En Allemagne, le thyol et l'ichtyol jouissent d'une très grande vogue ; Mme Nageotte préfère le thyol « parce que, dit-elle, il forme un vernis qui protége parfaitement la brûlure ; en outre, il a l'avantage de causer une douleur très faible et de très courte durée, tandis que l'ichtyol provoque une cuisson insupportable quoiqu'également passagère.

Si la surface à cicatriser est complètement dépourvue d'épiderme, il faut y déposer un ilot épidermique qui deviendra ensuite un point d'appel pour les substances épidermoplastiques ou kératoplastiques.

Emploi de l'acide picrique. — La solution aqueuse d'acide picrique dont on se sert est une solution à 12 p. 1000 environ. On peut aussi se servir d'éther picriqué qui

contient 1 gr. d'acide picrique pour 20 d'éther. L'éther en s'évaporant laisse sur l'épiderme l'acide picrique en fine poussière.

On a reproché deux sortes d'accidents à l'acide picrique, les érythèmes et les intoxications.

Les érythèmes ont surtout été observés à la suite de pansements défectueux tels que la poudre d'acide picrique, la vaseline picriquée. Quant au pouvoir toxique de l'acide picrique, très faible d'après Thiéry, il ne peut cependant être nié. Les accidents d'intoxication ont été observés surtout chez les enfants (Latouche, Brun, Berger). Ils consistent en vomissements, abattement, somnolence, coloration jaunâtre de la peau et des muqueuses, etc. Chez l'adulte ces accidents sont tout à fait rares.

L'acide picrique doit être employé dans tous les cas de brûlures superficielles ; c'est-à-dire dans les brûlures au premier, deuxième et troisième degré, superficielles, avec légères eschares du derme. Dans ces cas, on note des guérisons excessivement rapides, en quatre, six et dix jours.

L'étendue de la brûlure n'est nullement une contre-indication à l'emploi de l'acide picrique, puisque les accidents d'intoxication sont très rares avec une bonne technique.

Les deux véritables contre-indications sont la profondeur et l'ancienneté de la brûlure.

Toute brulûre avec eschare profonde du derme ou des tissus sous-jacents, qui doit entraîner une suppuration prolongée ne peut être pansée à l'acide picrique. Dans ces cas il faut un pansement humide.

L'ancienneté des brûlures, leur suppuration prolongée est la seconde contre-indication. Lorsque le derme est complètement détruit, lorsque la brûlure suppure depuis longtemps, l'acide picrique, simple agent kératoplastique , c'est-à-dire prolifératéur d'épiderme, et non pas épidermogène, c'est-à-dire formateur d'épiderme, n'est pas indiqué spécialement ; toutefois il active nettement la cicatrisation périphérique.

Il est de la plus grande importance de faire le nettoyage antiseptique de la brûlure avant l'application de tout pansement picriqué, quel qu'il soit; en effet l'acide picrique n'est qu'un faible antiseptique, absolument insuffisant à désinfecter une brûlure.

On doit donc laver soigneusement la peau tout autour de la brûlure, d'abord au savon, puis à l'éther ou à l'alcool et ensuite au sublimé. Au niveau même de la brûlure on essuie les phlyctènes avec des tampons d'ouate hydrophile imbibés de solution savonneuse, puis d'éther et de sublimé, ensuite on ouvre ces phlyctènes.Il faut avoir soin de ne pas enlever l'épiderme qui adhère encore au derme sous-jacent.

Dans le cas où la plaie est très sale et infectée, le nettoyage sera forcément incomplet. Il vaudra mieux laisser un pansement humide au sublimé pour un ou deux jours et n'appliquer qu'ensuite le pansement picriqué.

On se sert pour le pansement d'eau picriquée à saturation, c'est-à-dire renfermant 12 gr. environ d'acide picrique par litre d'eau. Toutes les fois que la chose sera possible, on trempera le membre brûlé dans un bain picriqué. Ce bain devra être prolongé (une heure environ) puis on procédera au pansement. Pour cela il faudra tremper les compresses de gaze sèche stérilisées dans la solution picriquée, les retirer bien humides de cette solution et en recouvrir la région brûlée. Après leur mise en place, il est bon de faire encore couler sur elles un peu de solution picriquée, puis il suffit de les entourer d'une très légère couche d'ouate hydrophile.Le pansement devient rapidement sec et doit être maintenu en place le plus longtemps possible, en moyenne six à sept jours. Pour les brûlures au deuxième et au troisième degré, on peut ôter le cinquième ou sixième jour les pièces les plus superficielles du pansement ; si les pièces profondes sont très humides, imprégnées par la sérosité ou la suppuration qui s'écoule de la plaie, on les change ; sinon il vaut mieux les laisser en place et jeter sur elles de la solution picriquée. Les changements de pièces du pansement sont toujours nuisibles en ce sens que les compresses enlevées entraînent toujours un peu d'épiderme. Par contre on ne doit pas laisser les compresses macérer dans du pus. Donc, laisser le pansement quand il est sec, le changer quand il est humide, tels sont les principes du traitement des brûlures.

Pour retirer le pansement il faut l'asperger avec la solution picriquée chaude ou faire prendre un bain de dix minutes dans cette même solution tiède. On aura soin, en soulevant les compresses, d'appuyer sur les croûtes de manière à les laisser adhérentes à la peau.

L'éther picriqué qui en s'évaporant laisse déposer l'acide picrique sous forme de poudre impalpable serait particulièrement indiqué contre les brûlures de la face.

Dans le cas de brûlures très étendues, quand il est nécessaire d'appliquer des greffes dermo-épidermiques, on fera d'abord le pansement avec la gaze iodoformée ; puis deux jours après, on remplacera la gaze par le pansement picriqué.

Pour préserver les mains de celui qui fait le pansement, le meilleur moyen consiste à les enduire de vaseline avant de toucher à l'acide picrique.

G. Lyon.

Traitement de la syphilis par l'administration interne d'onguent hydrargyrique (*Therap. Monatshefte*, juillet 1898). — Silberstein a expérimenté la méthode préconisée par Anuschat en 1896, qui consiste à donner, incorporé à de la graisse en quantité suffisante pour obtenir une émulsion en présence de la bile, du mercure éteint. On prescrira en conséquence :

Mercure métallique très pur....	5 gr.
Lanoline.....	10 gr.

Eteindre complètement le mercure, puis ajouter :

Racine de guimauve q. s. pour faire 100 pilules : 2 pilules par jour dans du pain azyme.

Chaque pilule contient 0,05 Hg : on peut aller jusqu'à 2 pilules 2 à 3 fois par jour. L'alimentation sera riche en graisses et en alcool pour favoriser l'émulsion et l'absorption du métal.

Silberstein a quelque peu modifié la formule :

Onguent gris à la lanoline..	4, 5 gr.
Poudre de racine de réglisse..	5 gr.
Glycérine.....	V gouttes.

Mucilage de gomme arabique q. s. pour faire 60 pilules : 2 fois par jour 2 pilules ; chaque pilule contient 0 gr. 025 Hg.

50 malades soumis aux prescriptions usuelles concernant l'antisepsie buccale, ont suivi le traitement sus-indiqué ; les résultats obtenus ont été tout aussi favorables que ceux que donnent les frictions hydrargyriques. Dans un cas, deux ulcérations tertiaires serpigineuses de la jambe gauche, mesurant chacune 5 cent. de diamètre environ, disparurent complètement au bout de 17 jours de traitement : une autre fois, il s'agissait de syphilides acnéiques ayant envahi tout le menton et ayant résisté pendant 6 mois à toutes les interventions thérapeutiques : on obtient la disparition de tous les accidents au bout de huit semaines de traitement par les pilules.

En général, dès qu'on constate une amélioration marquée on peut accorder aux malades un repos de 8 à 15 jours : on reprend ensuite la médication. Si on accorde un repos trop prolongé, on risque de ne plus revoir les malades, car les manifestations spécifiques ont alors le temps de disparaître entièrement et les malades se croient guéris.

L'auteur préfère les petites pilules à 0,025 Hg, qui sont plus facilement ingérées, à celles à 0,05 ; le pain azyme lui paraît inutile. Il faut insister sur une alimentation riche en graisse ; si l'on néglige cette prescription, il peut arriver que les pilules provoquent des diarrhées.

En résumé, l'auteur se déclare extrêmement satisfait de cette méthode aussi simple que bien acceptée par les patients.

E. Vogt.

La perplexité du thérapeute en face de l'érythème polymorphe, par Liégeois. (*Journal des Praticiens*, n° 27, p. 419, 1898). — M. Liégeois adopte une classification de l'érythème polymorphe en sept groupes, qui est quelque peu critiquable ; quoi qu'il en soit, voici les indications qu'il donne relativement au traitement encore si précaire de cette affection.

L'érythème noueux de la période secondaire et même tertiaire de la syphilis est justiciable du traitement mixte. L'érythème noueux palustre doit être traité par la quinine.

Dans le cas d'érythème polymorphe de cause morale, qui survient chez des femmes névropathes, principalement au moment des règles, l'iodure de potassium préconisé par Villemin il y a douze ans, pourrait faire rétrocéder rapidement les éléments éruptifs. (Dose 1 gr. 50 à 2 gr.).

Quand l'érythème coïncide ou alterne avec le rhumatisme, c'est au salicylate de soude qu'il faut avoir recours. Localement, on peut faire des applications de salicylate de méthyle ou de la pommade suivante :

Acide salicylique.....	10 gr.
Chlorhydrate de morphine..	0 gr. 20
Lanoline.....	20 gr.

Dans l'érythème polymorphe épidémique, l'iodure de potassium est encore indiqué. Pendant la convalescence, le fer, l'arsenic et chez les strumeux, l'huile de foie de morue, doivent être administrés.

Quand le surmenage physique est en cause, le repos, le régime lacté, qui élimine les toxines, sont particulièrement efficaces.

L'iodure de potassium n'est pas considéré par tous les médecins comme applicable à toutes les modalités de l'érythème polymorphe. Brocq le proscrit dans les formes vésiculeuses et bulleuses, alléguant qu'il peut contribuer à imprimer aux éruptions le caractère hémorragique.

G. Lyon.

Maladies des voies urinaires

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Essai sur la médication par la prostate et par les vésicules séminales dans l'hypertrophie prostatique, par ORAISON. (*in Ann. Policl. de Bordeaux*, 1898, p. 631). - L'auteur conseille 10 à 15 centimètres cubes d'extrait glycériné et 4 à 5 pilules de 10 centigrammes de poudre desséchée par jour.

Il fait un traitement intermittent.

Il commence toujours par l'opothérapie prostatique avant de faire les opérations chirurgicales.

E. CHEVALIER.

Gros calcul vésico-prostatique, par E. LOUMEAU. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux*, 1898, p. 617). — C'est l'histoire d'un malade de 65 ans où pour l'extraction d'un gros calcul vésico-prostatique l'auteur fit la résection des différents, une taille périnéale infructueuse, enfin une taille hypogastrique. Mort au bout de 18 jours.

E. CHEVALIER.

Traitement chirurgical de la tuberculose vésicale, par DESNOS. (*in Congrès de la Tuberculose*, août 1898).— L'auteur conseille le traitement général et fistulisation de la vessie, mais rejette toute autre intervention (curettage ou résection.)

E. CHEVALIER.

Nephrotomie précoce dans les pyonéphroses, par BAZY. (*Bull. Soc. Chir.*, 1898, p. 809). — La vraie chirurgie conservatrice du rein c'est l'incision précoce, hâtive, qui permet d'opérer et d'éviter les grandes dilatations du rein. L'organe n'est pas trop complètement détruit et il reprend ses fonctions.

E. CHEVALIER.

Emploi du protargol dans les inflammations des voies urinaires, par DESNOS. (11 juillet 1898, *Soc. Med.-chir. de Paris*). — L'auteur emploie les instillations de protargol dans les uréthrites chroniques (solution à 5 °/₀) : instiller 40 à 60 gouttes : faire de 3 à 18 instillations contre les uréthrites ou cystites à gonocoque.

E. CHEVALIER.

Traitement de l'uréthrite blennorrhagique aiguë par le protargol. (*Klin.-ter. Wochenschrift*, nos 30 et 31, 1898). — COLOMBINI a expérimenté le protargol à la clinique dermatologique du Dr Barduzzi de Sienne. Il est bon, dans une clinique, d'avoir toujours à sa disposition une solution aqueuse à 10 0/0 de protargol; on commence par mélanger intimément dans un mortier 10 gr. de protargol avec 5 ccm. de glycérine neutre : on obtient ainsi une pâte homogène que l'on incorpore à 95 ccm. d'eau froide stérilisée : en agitant, la dissolution complète s'effectue au bout de quelques instants. On conserve à l'abri de la lumière dans un flacon de verre coloré. Avec cette solution mère, on prépare des solutions de 0,25 à 2 0/0, qui ne se modifient aucunement sous l'influence des alcalins, des acides, des albuminoïdes, etc. Les solutions ci-dessus indiquées ne sont absolument pas irritantes pour la muqueuse uréthrale; elles peuvent en conséquence être utilisées *dès le début des accidents* sans aucun inconvénient. On peut ainsi éviter la méthode expectante qui a le grave inconvénient de laisser le champ libre au gonocoque pendant un temps trop long.

L'action bactéricide est manifeste, l'écoulement diminue rapidement, ainsi que les accidents inflammatoires. Dans le stade aigu, on s'en tiendra à la solution à 1/4 0/0, et l'on se servira d'une seringue de la contenance de 6 ccm, bien calibrée. On doit garder l'injection pendant 15 minutes et n'uriner qu'au bout d'une heure. Le nombre des injections varie de 1 à 3 par jour; une fois le stade aigu passé on augmente peu à peu le titre de la solution, qu'on peut amener à 2 0/0. Il faut continuer ce traitement une vingtaine de jours après cessation de l'écoulement. Il est toujours indiqué de faire précéder l'injection d'un lavage au protargol, exécuté avec la même seringue.

En résumé, on se trouve en présence d'une substance non irritante, modifiant rapidement l'écoulement et l'état congestif de la muqueuse uréthrale, et présentant une action prolongée due à ce qu'elle ne s'altère pas dans le canal uréthral. Grâce à ce traitement, on évite les complications de la blennorrhagie, car ces dernières se présentent surtout au cours de l'affection, et l'action rapide du protargol, en modifiant le milieu, simplifie la marche de la maladie.

E. VOGT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

Opothérapie ovarienne. (*Quatrième congrès de la société belge de chirurgie tenu à Gand*, du 18 au 19 juin 1898). — M. JACOBS décrit les phénoménes secondaires qu'on observe après la castration chez la femme et donne les résultats obtenus par l'opothérapie ovarienne durant une pratique de 2 ans, portant sur 244 cas. Il divise les troubles de la ménopause artificielle en locaux et généraux. Les phénomènes locaux consistent toujours en névralgies pelviennes. Quant aux troubles généraux, ce sont des bouffées de chaleur à la face, de la céphalalgie, les troubles visuels et auriculaires, des modifications fonctionnelles gastriques et intestinales.

On constate ces troubles même dans la castration partielle; dans ces cas néanmoins on constate toujours une atrophie manifeste du système génital.

Ces troubles n'ont aucun rapport avec l'âge de l'opérée. La cause réside dans l'ablation de l'ovaire. Les trompes ni l'utérus n'interviennent dans leur production. Il s'agit de la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire. Sur les 244 cas traités par l'opothérapie ovarienne préventive, J. a observé 19 insuccès, 61 améliorations, 48 guérisons passagères, 116 guérisons définitives.

On commence le traitement 15 à 20 jours après l'opération. Il est également actif dans les psychoses, dans l'anémie qui suivent les opérations sur les organes génitaux. L'extrait ovarique facilite donc les fonctions organiques.

La meilleure forme est le vin.

M. DEBAISIEUX a observé ces mêmes troubles. Il recommande de laisser toujours un ovaire ou une partie d'ovaire.

M. JACOBS croit qu'en tout cas il y a atrophie consécutive. Il croit que, pour empêcher les troubles il faut enlever la totalité des ovaires.

M. HEYMANS (Gand) fait remarquer que l'apparition des symptômes de la ménopause n'est pas constante après l'ablation des deux ovaires et que, d'autre part, ces troubles, n'étant que transitoires, la guérison pourrait n'être qu'une coïncidence, étant donnée la longue durée du traitement.

M. JACOBS considère comme factice l'inconstance de l'apparition des troubles chez les opérées de castration totale. En effet, cette opération porte fréquemment sur des organes qui ont perdu toute activité depuis longtemps, et dans ces cas, la suppléance de la glande thyroïde s'est déjà établie lors de l'intervention.

M. VERHOEF (Bruges) n'a point constaté, en général, de phénomènes bien graves chez ses opérées. Il lui est arrivé une fois de laisser à dessein les deux ovaires, et c'est la seule malade chez laquelle il y eut des troubles intenses qui ne cédèrent à aucun traitement, pas même à l'opothérapie.

R. BLONDEL.

Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur. (*Société de Chirurgie*, 6 juillet 1898). — Nous avons rapporté un ensemble d'opinions récemment exprimées à la Société de Chirurgie, d'où il semblait résulter que l'opération de Récamier, ou incision vaginale des collections pelviennes, doit être pratiquée, pour guérir les abcès de formation récente et principalement d'origine gonococcique et les foyers purulents qui font saillie dans les culs de sacs vaginaux chez les femmes cachectisées. Continuant la discussion, M. SCHWARTZ a fait connaître des observations qui n'infirment pas les données précédentes, mais appellent cependant l'attention des chirurgiens sur la production d'accidents possibles, même en employant cette méthode conservatrice. Dans l'une des observations qu'il rapporte, la colpotomie, faite comme l'indique M. Monod fut suivie d'une hémorragie abondante, qui fut longue à arrêter et contraria l'écoulement du pus. Dans une autre, la colpotomie pratiquée sur un abcès pelvien, fut suivie de mort. Un troisième cas mentionne le passage de la canule d'irrigation dans la grande cavité péritonéale. M. SCHWARTZ dut faire séance tenante la laparotomie et extirper les organes malades, en même temps qu'il drainait par le ventre et par le vagin. La malade guérit. Partant de ces données, l'auteur se montre adversaire de l'opération préconisée de nouveau par M. Monod. Il semble plus juste de conclure que l'on doit, en la pratiquant, être prêt à réprimer au besoin une hémorragie en nappe et faire les lavages des poches purulentes avec une pression liquide excessivement faible, en comptant plutôt sur l'évacuation progressive des foyers. Leur paroi est en effet, dans certains cas, d'une fragilité remarquable.

AUG. BENOIT.

Traitement de différentes affections gynécologiques inflammatoires par des injections intra-utérines. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1898). — Le traitement des affections gynécologiques inflammatoires par des injections intra-utérines d'iode et d'alumnol (préconisé pour la première fois par le Dr Grammatikalis) a été employé par LEBEDEFF chez 37 malades, dont dans 5 seulement l'affection était récente, datant de 6 mois à peine ; chez toutes les autres il s'agissait d'infection chronique. Chez 18 malades on a trouvé des gonocoques dans les sécrétions du col utérin.

Voici d'abord quelles indications donne l'auteur au sujet de ces injections. 1° Ces dernières n'étaient pratiquées que lorsque le canal utérin était suffisamment perméable, s'il était rétréci, on le dilatait préalablement par des bougies d'Hegar (il y a eu 14 cas de ce genre).

2° Pour les injections on employait un mélange à parties égales de teinture d'iode et de solution alcoolique d'alumnol (à 1 pour 10).

3° Les injections étaient faites à l'aide de la seringue de Braun de capacité de 2 grammes.

4° Toutes les mesures de désinfection et de stérilisation ont été prises.

5° Les injections étaient faites tous les jours ; leur nombre total a varié entre 15 et 60. La quantité de liquide injecté n'était au début que de quelques gouttes; progressivement cette quantité était portée à 2 grammes.

6° Dans un certain nombre de cas, pour se rendre compte de l'action du traitement sur la muqueuse uterine, ou soumettait à l'examen microscopique des morceaux de muqueuse enlevés à la curette avant et après le traitement.

Toutes ses observations ont amené Lebedeff à cette conclusion que les injections méthodiques intrautérines d'iode et d'alumnol constituaient un moyen thérapeutique puissant des affections de l'appareil génital de la femme.

Sous l'influence de ces injections le catarrhe de l'utérus disparaît rapidement en même temps que les gonocoques dans les sécrétions utérines. Les annexes enflammées ou bien prennent un aspect absolument normal ou bien — dans des cas chroniques — diminuent de volume, cessent d'être douloureuses. Les exsudats du tissu conjonctif péri-utérin et du péritoine s'absorbent complètement ou bien laissent après eux des tractus cicatriciels solides. Les règles deviennent d'abord moins abondantes, ensuite disparaissent, mais cette disparition n'est que passagère; les règles reviennent et se font normales. L'état général s'améliore d'une façon notable et rapide. Les injections ont exercé une influence particulièrement favorable dans les inflammations utérines et annexielles récentes : dans les cas très anciens, l'amélioration est incontestable.

Le traitement présente encore cet avantage considérable que lorsqu'on prend certaines précautions (propreté absolue, quantité de liquide injecté augmentée progressivement, le col utérin suffisamment dilaté, etc.), qu'il ne détermine aucun accident sérieux, à part une légère douleur qu'on observe à la suite des premières injections, et qu'on fait du reste facilement disparaître au moyen de suppositoires calmants.

B. TAFT.

Traitement des fibrômes utérins. (*The Philadelphia med. Journal*, 28 mai 1898). — MONTGOMMERY constate que les traitements médicaux ne donnent que peu de résultats : l'emploi de l'électricité provoque si rarement une disparition des tumeurs qu'il y a lieu, dans ce dernier cas, de douter du diagnostic : la dilatation du col, le massage, les douches chaudes, les injections intra-utérines, le curettage, la castration, la ligature des artères utérines, ne sont que rarement efficaces et offrent parfois des dangers.

Il est au contraire plus sûr, dans nombre de cas, de procéder à l'énucléation des tumeurs sous-muqueuses ou interstitielles, de façon à conserver les fonctions de l'organe : il faut élargir autant que faire se peut le champ de la myectomie au dépens de l'hystérectomie. Il est vrai que si l'on se trouve en présence de tumeurs nombreuses, la myectomie n'est plus guère recommandable. La voie vaginale sera choisie dans le cas où l'indication précise de la voie abdominale n'existe pas.

En résumé, on doit aujourd'hui favoriser la tendance à intervenir de bonne heure par la myectomie, de façon à éviter l'hystérectomie et à conserver un organe dont les fonctions sont si importantes.

E. VOGT.

Obstétrique.

Dr DEMELIN

Accoucheur des Hôpitaux.

De l'emploi de la gélatine dans les métrorrhagies par Jules LACHATRE (*Thèse de Paris* juillet 1898). — L'action hémostatique de la gélatine a été mise en lumière par M. Paul Carnot, en septembre 1897. Après avoir divisé les moyens thérapeutiques propres à assurer l'hémostase, en moyens agissant sur les vaisseaux par vaso-constriction, et en moyens agissant sur le sang par coagulation, il donnait la préférence aux derniers et notamment à la gélatine, dont MM. Dastre et Floresco, les premiers, avaient démontré les propriétés hémostatiques; ces expérimentateurs avaient constaté que la coagubilité du sang est augmentée par la gélatine injectée dans les veines.

A l'aide de la gélatine, M. Paul Carnot a pu arrêter des épistaxis rebelles chez des hémophiles, des hémorragies cutanées.

En février 1898, M. Siredey a communiqué à la Société médicale des hôpitaux neuf cas de métrorrhagies guéries par l'application de pansements de sérum gélatinisé.

Tantôt il place un petit tampon de gaze stérilisé, bien imbibé de sérum gélatiné et non exprimé, à l'orifice du col utérin, puis un large tampon gélatiné sur le col et dans les culs-de-sac, le tout maintenu par quelques tampons secs. Tantôt il pratique des injections de sérum gélatiné, dans le vagin, en maintenant le bassin relevé pour retenir la stagnation du liquide au contact du col et des culs-de-sac, puis il place un tampon d'ouate à la vulve; quelquefois, dans les hémorragies post-partum, la cavité utérine étant accessible, il injecte dans l'utérus ou badigeonne ses parois avec la solution et laisse quelques lanières de gaze imbibées.

Ces métrorrhagies étaient d'origine diverses: métrorrhagies par rétention de débris placentaires ou déciduaux à la suite d'avortement, métrorrhagies par polypes, cancer du col, endométrite chronique.

Le 25 mars 1898, M. Dalché venait à son tour faire une communication à la Société médicale des hôpitaux, et, tout en reconnaissent l'efficacité de ce traitement, qui lui avait donné aussi de bons résultats, il signalait un cas où le sérum gélatiné avait occasionné des troubles assez sérieux; il concluait que pour rendre des services, dans le cas d'hémorragies utérines, la solution gélatinée devrait être appliquée directement sur la surface saignante, et qu'appliqué loin de la source de l'écoulement sanguin, non seulement elle était sans effet, mais encore elle pouvait comporter de sérieux inconvénients, comme la dilatation du col et l'expulsion de polypes fibrineux.

Depuis septembre 1897, le Dr Jayle utilise la gélatine contre certaines métrorrhagies, sans que les malades soient obligées de tenir le lit, puisqu'elles viennent régulièrement à la consultation.

Le manuel opératoire adopté par lui consiste essentiellement à introduire, sans dilatation préalable, du sérum gélatiné dans l'utérus qui saigne, après l'avoir lavé avec une solution antiseptique.

Il importe aussi parfois de donner à la malade certaines positions pour assurer la conservation dans l'utérus de la solution gélatinée.

Pour laver l'utérus, M. Jayle se sert d'une sonde utérine dilatatrice modifiée, de Reverdin.

Cette sonde dilate légèrement le col; on l'introduit, la concavité dirigée en avant ou en arrière suivant que l'utérus est en anté ou en rétroversion.

Le liquide employé pour laver l'utérus est la solution iodée à 1 pour 1000 :

Iode	2 gr.
Iodure de potassium . .	4 »
Eau distillée	2000 »

On peut aussi employer le permanganate de potasse et le sublimé en solution à 1 pour 1000, mais la solution iodée est préférable.

Le sérum gélatiné se prépare en faisant dissoudre la gélatine dans l'eau salée physiologique à 7 pour 1000; le titre de la solution gélatinée est variable, de 5 à 10 pour 100. Une fois la solution faite, on stérilise la solution à 100° pendant un quart d'heure une première fois, puis une deuxième à 2 jours d'intervalle. M. Siredey se contente de porter la solution à l'étuve à 100°, une seule fois, pendant 30 à 40 minutes.

On peut très bien faire préparer à l'avance et conserver dans des flacons hermétiquement clos le sérum solidifié à froid; on l'obtiendra liquide, au moment de s'en servir, en mettant les flacons au bain-marie. La transparence et l'homogénéité du mélange coagulé prouvent sa pureté et l'absence des colonies microbiennes; il faut toujours rejeter, par mesure de précaution, les flacons d'apparence louche.

Pour pratiquer l'injection, on verse dans le récipient qui contenait la solution iodée envi-

ron un quart de litre de la solution gélatinée ; un peu avant que tout le liquide ne se soit écoulé, on retire la sonde tout doucement de façon à baigner les parties de la muqueuse utérine sur lesquelles les branches de la sonde étaient appuyées ; on retire alors la sonde et l'on pratique le pansement vaginal : on introduit dans le vagin un premier tampon gélatiné avec un deuxième sec, puis on dit à la malade de se retourner et on la fait placer dans la position génu-pectorale; on la laisse 10 minutes dans cette position afin d'empêcher la gélatine de sortir de l'utérus. On place alors deux tampons aseptiques dans le vagin.

Ce traitement n'est pas un traitement curatif, ce n'est qu'un traitement palliatif : mais, chez un grand nombre de malades, il donne de bons résultats temporaires.

G. LYON.

Traitement des hemorragies menstruelles. (*Wratsch* nº 54, 1897). — Il y a environ deux ans nous avons eu l'occasion de signaler à nos lecteurs un travail de Grammatikati sur les injections intra-utérines de solution alcoolique d'alumnol à 5 0/0 et de teinture d'iode à parties égales. Grammatikati qui avait employé, avec succès d'ailleurs, en injections dans le traitement des affections blennorhagiques des annexes avait constaté ce fait intéressant que les injections exerçaient une action particulière sur les règles en ce sens qu'elles les arrêtaient à peu près complètement Cette constatation servit de point de départ à ORLOFF qui pensa recourir aux injections sus-indiquées dans les cas où le flux menstruel prend des proportions inquiétantes. Il en a essayé dans 3 cas. L'injection intra-utérine était faite à l'aide de la seringue de Braun après détermination préalable de l'inclination possible de l'axe utérin et après désinfection soigneuse (deux injections vaginales par jour à la créoline ou au sublimé à 1 pour 2000). L'injection intra-utérine faite, la malade gardait le repos absolu pendant au moins deux heures.

En se basant sur ces trois cas, Orloff se croit en droit de pouvoir conclure que « *les injections de solution alcoolique d'alumnol à 5 0/0 et de teinture d'iode à parties égales exercent une action assez favorable sur les hémorragies menstruelles en les diminuant considérablement et même en les supprimant totalement* ». Les règles suivent une marche plus normale. Ainsi, dans le premier cas, l'hémorragie qui durait depuis un mois s'arrêta après trois injections, les règles suivantes vinrent au bout de 3 semaines et finirent bientôt par s'arrêter complètement (la méthode préconisée par l'auteur ne serait pas, comme on le voit, sans inconvénients.) Dans le deuxième cas, l'hemorragie datant de deux semaines disparut après deux injections ; les règles viennent maintenant irrégulièrement mais elles sont bien moins abondantes. Dans le troisième cas les hémorragies ont complètement disparu ; les règles viennent maintenant toutes les 3 ou 4 semaines tandis qu'avant le traitement elles n'étaient séparées que d'un intervalle variant de 3 à 1 semaine.

Ajoutons que l'auteur essaya les injections d'alumnol dans un cas d'hémorragie pour fibromyome. Le résultat obtenu ne fut qu'à demi satisfaisant : les hémorragies diminuèrent quelque peu, mais on n'arriva pas à les arrêter complètement.

Les injections étaient faites tous les deux ou trois jours et étaient en somme bien supportées.

B. TAFT.

Pharmacologie, Electrothérapie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Contribution a l'étude clinique et thérapeutique de l'hypnal (monochloral-antipyrine), par BLAINVILLE. (*Thèse de Paris*, juillet 1898). — En 1890, un auteur allemand, Reuter, entreprit l'étude des combinaisons du chloral et de l'antipyrine et conclut à l'inactivité thérapeutique du produit qu'il avait obtenu.

Ces résultats ont été infirmés par les travaux ultérieurs.

Les composés du chloral et de l'antipyrine sont au nombre de trois :

1º Le monochloral antipyrine ou hypnal.

2º Le bichloral antipyrine.

3º Le monochloral antipyrine anhydre.

Le monochloral antipyrine ou hypnal forme des cristaux transparents, rhombiques, dépourvus de la saveur caustique du chloral et inodores. Il est très soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme. Sa solubilité dans l'eau est assez faible : une partie pour 13 à la température de 14º.

Soutakis en a exposé l'action physiologique.

Administré à des chiens sous forme d'injection veineuse. il possède l'action somnifère à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 25 par kilogramme d'animal.

A cette dose, la sensibilité est seulement dominée et les réflexes conservés. Si l'on emploie des doses de 0 gr. 25 à 0 gr. 35 par kilog

d'animal les réflexes sont abolis et l'anesthésie survient.

La dose toxique est d'un gramme environ par kilogramme d'animal. La respiration se ralentit, puis le cœur s'arrête à son tour.

Composé de deux médicaments, l'un hypnotique, l'autre analgésique, il était légitime de penser que l'hypnal réunirait les deux propriétés essentielles de ses éléments constituants et pourrait être utilisé pour calmer la douleur et amener le sommeil, d'où son indition contre les insomnies douloureuses. Chez les tuberculeux, le phénomène de la toux paraît considérablement atténué, et, comme elle constitue la principale *cause* d'insomnie, le médicament a toujours procuré aux malades quelques heures d'un sommeil réparateur.

Il y a lieu d'être réservé dans l'emploi de l'hypnal contre les insomnies dues aux affections mitrales ou aortiques non compensées, ainsi que dans les myocardites.

Malgré la faible solubilité de l'hypnal (1 p. 13), il est possible de l'administrer dans une potion ou dans un looch. L'alcool favorisant sa dissolution, on pourra préparer des élixirs contenant, sous un volume réduit, un ou deux grammes d'hypnal. M. Bardet a indiqué la préparation suivante :

Chartreuse.....	4 gr.
Eau.....	15 —
Hypnal.....	1 —

Une cuillerée à café contient environ 0 gr. 25 d'hypnal, et cet élixir est particulièrement bien accepté par les enfants.

M. Bonnet a donné une autre formule :

Hypnal.....	10 gr.
Eau distillée.....	65 —
Eau de fleurs d'oranger.....	5 —
Alcool à 95°.....	40 —
Alcoolat d'écorce d'oranges amères	20 —
Sirop de sucre.....	60 —
Teinture de safran.....	0 gr. 10

Chaque cuillerée à bouche, représentant 1 gramme d'hypnal.

Pour les adultes, la forme pharmaceutique de choix est constituée par le cachet. On formulera des cachets de 0 gr. 50 ou de 1 gramme et la dose quotidienne pourra être portée à deux ou même trois grammes.

G. Lyon.

L'apomorphine et ses emplois, par Samuel A. Visanska. (*Med. Record*, 2 juillet 1898, p. 15). — L'auteur estime que ce médicament est supérieur aux autres émétiques, par le continu de son action, sa rapidité et sa certitude.

Dans les convulsions puerpuérales, il n'y a pas de médicament plus utile; l'apomorphine en injection sous-cutanée n'agit pas par son action vomitive, mais en relâchant d'une façon générale tous les muscles. On doit donner dans ce cas, une dose d'apomorphine insuffisante pour produire le vomissement On injecte en général $\frac{1}{60}$ ou $\frac{1}{40}$ de grain (0,001 milligr. à 0,0016.)

On répète l'injection si l'effet désiré n'est pas atteint au bout de 30 minutes.

Dans l'épilepsie, une injection d'apomorphine arrête l'attaque; on peut l'employer comme antispasmodique dans beaucoup d'autres maladies.

Dans le traitement du tétanos, le Dr Bomford, de Calcutta, a obtenu de bons résultats, en injectant $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{4}$ de grains (0,006 à 0,016 milligr.), 2 ou 3 fois par jour.

L'apomorphine amène du soulagement dans l'asthme bronchique. Les laryngites catarrhales, surtout les formes graves, sont souvent combattues avec succès par l'apomorphine. Dans le croup infantile, l'injection hypodermique d'apomorphine à petites doses, sauve la vie de l'enfant.

Pour un enfant de 2 à 4 ans, donner $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{80}$ de grains (0 gr. 0006 à 0 gr. 0008 dixièmes de milligrammes.)

Dans toutes les formes de bronchite, l'apomorphine est une excellente addition aux mixtures expectorantes, surtout dans la pneumonie.

Dans le choléra, l'apomorphine en injection hypodermique délivre l'estomac des substances toxiques qu'il renferme.

Dans tous les empoisonnements, l'apomorphine est indiquée pour débarrasser le tube digestif.

A. Chassevant.

Les sucres comme diurétiques, par Mayard (*Thèse de Paris*, 7 juillet). — C'est à la suite des expériences de MM. Richet et Moutard Martin que l'emploi du sucre comme diurétique a été introduit en thérapeutique. Richet et Moutard-Martin ont pratiqué des injections intra-veineuses des différents sucres et constaté que ces injections provoquent une polyurie immédiate. Ce n'est pas l'eau seule qui produit la diurèse, car l'injection de la même quantité d'eau non sucrée diminue au contraire la quantité d'urine. La polyurie est produite sans qu'il y ait augmentation de pression sanguine; la quantité d'urine excrétée est supérieure à la quantité de liquide injecté.

G. Sée, le premier, employa la tisane de lactose comme médicament diurétique. Il faisait prendre quotidiennement 2 litres d'eau, contenant 50 gr. de lactose par litre. D'après G. Sée, ce traitement serait plus efficace que celui par le lait dans toutes les hydropisies d'origine cardiaque. Chez les brightiques la lactose produit un diurèse moins abondante.

Les recherches ultérieures n'ont confirmé que partiellement les résultats proclamés par G. Sée. Ainsi Kranovski a constaté qu'à la dose de 50 à 100 gr. par jour, le sucre de lait ne produit pas toujours des effets diurétiques, qu'il n'agit pas sur le cœur ; qu'il est souvent mal supporté.

Le professeur Dieulafoy, en l'associant au vin de Trousseau, en a obtenu de très bons effets dans les cas d'œdème cardiaque ou brightique. Il ordonne 30 gr. de lactose unis à deux grandes cuillerées de vin de Trousseau dans un demi-litre d'eau d'Evian, le tout aromatisé avec du citron,

La cure de raisin, en usage depuis longtemps, en Suisse, en Allemagne, en Russie constitue un autre moyen d'utiliser les propriétés diurétiques des sucres.

Dujardin-Beaumetz a employé le sirop de glycose à la dose de 100 à 200 gr. dans un litre et demi à 2 litres de tisane. Chez quelques cardiaques il a obtenu une diurèse considérable (jusqu'à 7 litres dans un cas) : mais chez d'autres, il ne se produisit aucune diurèse; chez ces derniers, l'urine contenait de l'albumine en assez notable quantité.

Chez les malades qu'a suivis M. Mayard, le lactose a donné des résultats analogues à ceux constatés par d'autres médecins, c'est-à-dire des plus variables. Il s'en faut de beaucoup que la diurèse ait été obtenue chez tous les cardiaques. Parfois la lactose au lieu de provoquer la diurèse, produit une débâcle intestinale.

La saccharose à la dose de 100 gr. en solution ou sous forme de sirop de sucre, a donné, sur 25 cas, 14 fois des résultats remarquables. La polyurie a pu être obtenue parfois, alors que l'injection de glycose était restée sans effet.

En injections sous-cutanées, la saccharose a donné des résultats encore plus marqués : on injectait 1 gr. 50 à 4 gr. 50 de saccharose en solution dans 10 cc. d'eau distillée.

En somme, la saccharose a un pouvoir diurétique égal, sinon supérieur parfois, à la lactose.

G. Lyon.

Note sur un tissu doué de propriétés électrodynamiques et caustiques. (*Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, juillet 1898). — Alvin de St-Etienne a imaginé, de concert avec deux ingénieurs électriciens, de sertir dans une pâte à la cellulose étendue en nappe, un mélange convenable de parcelles de cuivre et de zinc peu espacées les unes des autres. Après une succession d'opérations diverses, on a obtenu un tissu dont une des faces est imperméable : sur l'autre apparaissent, brillants, les éléments métalliques enchassés dans une trame souple et spongieuse.

Il suffit d'humecter d'un liquide plus ou moins excitateur (eau salée) la face métallique ou le tégument sur lequel on veut agir, pour que le tissu entre en activité électrique. Le tissu a perdu son pouvoir électro-dynamique après 10 à 15 heures d'activité, par suite de la destruction des éléments zinc, Appliqué sur la peau, le tissu produit un léger fourmillement, auquel succèdent une sensation de chaleur, puis de l'érythème.

Au moment, et même avant, on observe des phénomènes d'anesthésie plus ou moins complets du derme. — A la période erythémateuse, viennent enfin s'ajouter les phases caustiques et escharrotiques.

Ce tissu est sédatif de la douleur, employé contre la migraine, les différentes névralgies faciales et intercostales, il est un agent thérapeutique fidèle ; son action calmante s'accuse toujours avant l'action caustique. — Dans les cas de névralgies causées par des caries dentaires, le succès, s'il tarde un peu, n'en est pas moins certain.

Employé comme agent électrique, il est certain qu'il excite les échanges, témoin son efficacité contre la formation des tissus adipeux, et la disparition de tumeurs enkystées.

Ce tissu est un révulsif aussi puissant que tout vésicatoire : son action est beaucoup moins nocive, et son activité se double de sa puissance électrique ; aussi l'auteur s'est-il trouvé très satisfait de son emploi dans les maux de gorges, pleurésies, bronchites, arthrites et gastralgies.

E. Yoot.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

SYPHILIS

(*Suite et Fin*)

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAITEMENT :

Commencer le traitement dès que le diagnostic de chancre induré est confirmé.

Le traitement chronique intermittent du professeur Fournier est généralement adopté :

1re année : Quatre traitements mercuriels de six semaines à deux mois de durée chacun.
2e année : Trois traitements mercuriels.
3e année : Deux traitements mercuriels.
Trois traitements iodurés d'un mois à six semaines chacun.
4e année : Trois traitements iodurés.
5e année et suivantes : Deux traitements iodurés.

Traitements opportunistes. — S'adressent aux accidents qui surviennent chez un malade non traité ou pendant une période de repos.

Prescrire le mercure contre les accidents secondaires affectant la peau et les muqueuses.

Prescrire également l'iodure à la période secondaire contre les accidents suivants : céphalée persistante, douleurs osseuses, périostiques et musculaires, myélopathies précoces, orchite, syphilides ulcéreuses précoces.

A la période tertiaire, prescrire l'iodure contre les syphilides ulcéreuses, les gommes, les lésions artérielles, les accidents nerveux et viscéraux ; avec réserve dans les cas de syphilis laryngée et d'accidents oculaires. Associer toujours le mercure à l'iodure.

CHOIX D'UNE PRÉPARATION MERCURIELLE :

Méthode par ingestion. — Dans la majorité des cas, ses avantages, application simple et permettant la dissimulation du traitement, tolérance habituelle, activité suffisante, ses inconvénients, activité trop faible quand le traitement intensif devient nécessaire, inapplicable quand il y a intolérance des voies digestives.

Frictions. — Avantages, plus actives, respectent voies digestives, sont admirablement supportées par les enfants, particulièrement indiquées quand il est nécessaire d'administrer simultanément l'iodure.

Inconvénients. — Traitement sale, révélateur, exposant à la stomatite et, par suite, contre-indiqué par le mauvais état de la bouche.

Injections. — Solubles ou insolubles, ont une action plus rapide et plus énergique que les autres méthodes.

Solubles, elles permettent de limiter la quantité de mercure absorbé, mais par leur répétition fatiguent les malades. Conviennent particulièrement dans les cas de syphilis oculaire, de syphilides tenaces, de glossites invétérées, dans tous les cas où les injections insolubles sont impossibles par suite de l'état de la bouche, des reins, la grossesse.

Insolubles, sont les plus actives ; ont l'avantage de nécessiter qu'un petit nombre d'injections, mais exposent à des douleurs vives et (surtout l'huile grise) à des accidents d'intoxication suraiguë.

Traitements locaux.

TRAITEMENT DU CHANCRE. — Eviter toutes les causes de fatigue ; l'abus de l'alcool.

Prescrire les grands bains et les bains locaux, surtout les lotions avec des solutions antiseptiques faibles (liqueur de Van Swieten dédoublée, solution de chloral à 10 pour 1000, d'acide phénique à 10 pour 1000 etc.)

Pansement avec poudre de dermatol, d'aristol, de sous-carbonate de fer, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth etc... Être réservé sur l'emploi des pommades mercurielles. Eviter l'iodoforme (en raison de son odeur dénonciatrice) et les topiques irritants (alun, sulfate de cuivre, acide phénique, cautérisation au nitrate d'argent),

Dans le cas d'inflammation du chancre, insister sur les bains généraux et locaux : s'il y a complication de balano-posthite, injections sous-préputiales d'eau boriquée et deux injections par jour d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100.

Dans le cas de phagédénisme, prescrire les bains prolongés et répétés (bains de trois heures à 36°) quotidiens, puis, tous les deux jours seulement, en réduisant la durée à une heure,

Pansement à l'iodoforme, puis deux badigeonnages par semaine avec la teinture d'iode.

Syphilides cutanées. — Contre les syphilides psoriasiformes, pommades soufrées, savonnages au savon mou de potasse glycérolé cadique, emplâtres mercuriels, topique de Paroni (traumatisme au chloroforme additionné d'un quart de calomel).

Syphilides érosives. — Lavages avec solution de sublimé, avec eau phagédénique étendue, liqueur de Labarraque coupée de 4 parties d'eau, application pendant la nuit de compresses imbibées d'une solution de sublimé.

Pendant le jour, poudrer avec l'oxyde de zinc pur ou additionné de calomel dans la proportion de 1 pour 10, avec l'aristol ou l'iodol.

Syphilides ulcéro-crouteuses, faire tomber les croûtes avec cataplasmes, puis panser avec l'emplâtre rouge de Vidal.

Toucher les ulcérations avec la solution de nitrate d'argent.

Syphilides tuberculeuses, gommeuses, ulcéreuses. Pansements au Vigo, à l'iodoforme.

Syphilides des muqueuses. — Bains généraux ; lotions biquotidiennes avec des solutions faibles de sublimé, avec la liqueur de Labarraque étendue d'eau :

Eau.....	250 gr.
Liqueur de Labarraque..	60 —

En applications de compresses de tarlatane imbibées des mêmes solutions.

Poudrer avec les poudres précédemment indiquées, toucher les plaques végétantes avec la teinture d'iode ou une solution de nitrate d'argent au 50e.

Les plaques buccales seront cautérisées tous les deux ou trois jours avec la teinture d'iode, le nitrate d'argent au 20 ou 30e, l'acide lactique au 10e, etc.

Les ulcérations tertiaires des amygdales et du pharynx seront touchées ainsi :

Eau.....	100 gr.
Teinture d'iode.....	5 —
Iodure de potassium.....	5 —

Contre la syphilis nasale tertiaire, on prescrira les irrigations intra-nasales, avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000, suivies d'insufflations de :

Iodol ou aristol. } aâ p. égales
Sucre de lait.... }

Contre les laringopathies secondaires, les topiques suivants seront employés : chlorure de zinc à 1/30, glycérine iodée, nitrate d'argent à 1/50.

Traitement de la syphilis infantile :

Allaitement par la mère, ou avec le lait stérilisé. Pas de nourrice mercenaire.

Liqueur de Van Swieten, à donner dans du lait : XL gouttes au nouveau né, puis XXX, XV, L et LX gouttes en 4 fois ; à deux ans, 5 grammes.

Frictions préférables, avec 1 gramme d'onguent napolitain, associé ou non à 2 gr. de vaseline.

Injections massives d'un à deux centigrammes de calomel dans les cas graves (pseudo-paralysie de Parrot, etc.).

Iodure de potassium, au bout de 3 ou 4 mois seulement ; (0 gr. 20 à 6 mois ; 0 gr. 50 à un an).

Sirop de Gibert, à la dose d'une à deux cuillerées à café.

On peut remplacer l'iodure de potassium par le sirop iodo-tannique chez les enfants sevrés.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Le trachome. — La contagion de cette affection qui s'avance lentement, en Europe, de l'Est à l'Ouest, se fait surtout par les linges, les serviettes, les draps de lit ; la maladie, guérissable dans les cas récents, ne l'est plus dans les cas invétérés et chez les individus dont l'existence est misérable et l'hygiène à peu près nulle. La propagation se fait surtout par l'entremise des nombreux vagabonds qui infestent la Pologne russe, les provinces baltiques et la Prusse orientale. Le corps médical de cette dernière province demande que le Gouvernement prenne des mesures rigoureuses vis-à-vis de cette population flottante, mais il est probable que des raisons budgétaires s'opposeront, longtemps encore, à un progrès sérieux dans ce sens.

Néphroptose et corset. — BECKER et LENNHOFF, ont examiné 24 femmes originaires des îles Samoa, qui n'avaient jamais porté de corset ou de ceintures quelconques : ils ont trouvé 6 cas de néphroptose droite ; la plus jeune de ces femmes avait 13 ans, la plus âgée 26 ans ; il y avait 2 primipares parmi elles.

Les deux observateurs pensent que la forme générale de l'individu joue seule un rôle dans l'apparition de la néphroptose. Dans tous les[8] cas observés, il s'agissait de personnes élancées, à thorax allongé et étroit, à abdomen allongé, aplati.

La néphroptose existait dans 25 0[0 des cas ; cette proportion paraît élevée. Les auteurs ne vont pas, du reste, jusqu'à conclure hâtivement que le corset empêche la néphroptose : il paraît toutefois démontré qu'il ne la favorise pas.

BIBLIOGRAPHIE

L'Opothérapie. *Traitement de certaines maladies par des extraits d'organes animaux*, par A. GILBERT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chef du laboratoire de thérapeutique à la Faculté, et P. CARNOT, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris. N° 10 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur), brochure grand in-8° avec figures (MASSON et Cie, éditeurs). 1 fr. 25

Le dixième numéro de l'Œuvre médico-chirurgicale est consacré à l'opothérapie, question actuelle s'il en fut ; car, depuis la découverte de l'action thérapeutique du corps thyroïde, le problème du traitement des maladies par des extraits d'organes animaux est énergiquement posé. Les docteurs Gilbert et Carnot examinent dans cette monographie tous les facteurs de ce problème et la solution qu'il comporte.

Le travail est divisé en deux parties : la première est consacrée à la pharmacologie des extraits d'organes animaux, la seconde expose les résultats cliniques et expérimentaux obtenus par leur emploi.

Les auteurs donnent, pour le médecin éloigné des grands centres, la méthode de préparer physiologiquement l'animal, dont on veut employer les glandes et les manipulations pour en obtenir les extraits.

Ils étudient ensuite complètement chaque organe en particulier avec ses médications thérapeutiques, les doses à employer, les effets qu'on en obtient. C'est ainsi qu'on y verra avec fruit l'emploi multiple du corps thyroïde et de ses dérivés dans les myxœdèmes, le goître exophtalmique, les arrêts de croissance, l'obésité, certaines maladies du cœur et du système nerveux cérébro-spinal.

Les docteurs Gilbert et Carnot appliquent la même méthode à l'étude du testicule, des ovaires, de la moelle épinière et de la matière cérébrale, de la glande pituitaire, de la rate, des ganglions lymphatiques, de la moelle osseuse, de l'intestin et enfin du foie, dont l'action spéciale dans les hémoptysies et le diabète est particulièrement étudiée.

Il est regrettable toutefois que les auteurs, qui n'ont pas même omis l'opothérapie intestinale (?,) sur laquelle il n'existe encore rien en réalité, aient complètemeut passé sous silence l'opothérapie thymique dont l'emploi dans la maladie de Basedow, la chlorose, l'athrepsie, comporte une littérature déja ancienne et riche, Owen, Minkowski, Mikulicz, Reinbach, Edes, Solis-Cohen, Norman, Mckie, Maude, Stoppato, Todd, W. Williams, Blondel, etc.

V.

Nlle Imprimerie, E. Lesnier, Directeur, 3 rue Bourdaloue. Paris. Le Propriétaire-Gérant R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

De l'intoxication par les boites de conserves. — Cette question est plus que jamais d'actualité puisque nombre d'empoisonnements viennent de se reproduire coup sur coup, et que le stock des boîtes, fatales peut-être, n'est pas encore épuisé. Beaucoup de journaux se sont émus; le débat s'est même élargi jusqu'à la Chambre où M. Muteau a demandé une loi édictant *une date de fabrication* à mettre sur les boîtes de conserves.

Voilà une suite d'accidents qui ont attristé les garnisons de Tours, de Tarascon, de Marseille, de Versailles, de Nancy, et nous sommes en pleine paix. Nous pouvons nous imaginer quels effets démoralisants ils auraient dans une armée en campagne, ou au milieu d'une ville assiégée. Ce serait une cause de défaite, sans compter les autres peut-être, et l'on ne peut songer sans frémir à cet aléa qui, sous prétexte d'approvisionnement, nous menace d'une façon aussi insidieuse.

Quelles sont donc les causes de ces avaries dangereuses ? Quels sont les moyens de les prévenir ? Quels sont les signes objectifs capables d'éveiller la méfiance à l'ouverture des boîtes de conserves ?

Nous ne parlerons pas des boîtes mal soudées, qui ayant laissé se faire la pénétration de l'air, se sont ensemencées de microbes, et sont tombées en putréfaction. Nous ne pensons point qu'un cuisinier aie jamais l'audace de livrer celles-là. Leur aspect et leur odeur, le couvercle bombé sous la pression des gaz suffiraient à mettre en garde le consommateur le plus affamé. Mais il y a autre chose que le Dr Edmond Dupouy rappelle, et ce, en s'appuyant sur les travaux de Selmi et de Gautier, travaux d'ailleurs bien connus du monde scientifique; il y a l'existence des poisons nommés ptomaïnes et leucomaïnes. La question, entre toutes importante, serait de savoir si ces redoutables alcaloïdes qui résultent de la destruction des matières protéiques, se sont formés dans la boîte ou bien si la viande traitée les recélait par avance. Les deux hypothèses peuvent arriver à la réalité même. Au moment du soudage, et malgré la température, il suffit d'une bulle qui pénètre, où les germes de fermentation ne seraient point détruits : voici une boîte qui lentement, très lentement, va s'empoisonner, mais l'effet sera certain.

Maintenant supposons que parmi les bêtes sacrifiées par l'industriel, et j'ajoute par un industriel en général non surveillé, il s'en trouve de malades, de fiévreuses, d'atteintes par quelque contagion : on comprendra de suite que ces malheureuses conserves, malgré le vide et la chaleur, seront d'ores et déjà vénéneuses. Justement notre confrère Viseur vient de se procurer à Arras des boîtes destinées à l'alimentation des troupes. Ici je me permets de citer :

« L'analyse faite par lui à la station agronomique du Pas-de-Calais, a prouvé qu'elles contenaient jusqu'à 59 0/0 d'eau, ce qui dénote des bêtes fort maigres et, certainement, une addition d'eau naturelle; et, en outre, que la matière sèche contenait plus d'un quart de substances grasses, ce qui révèle une forte addition de suif.

« D'où cette première conséquence que la denrée est fort peu nutritive et quelle est payée outrageusement cher (2 fr. 77 c. à 2 fr. 05 c. le kilogramme). »

Ce n'est pas tout, M. Cassedat, qui a expérimenté avec soin, a trouvé dans une multitude de boîtes des liquides évidemment chargés de bactéries, qui ont infecté, parfois mortellement, les cobayes inoculés. Les conserves vieilles, paraît-il, seraient toutes dangereuses, malgré les théories de Pasteur, qui sont pourtant irréfragables en l'espèce. Mais il y a si loin parfois de la théorie du laboratoire à la pratique de la vie courante !

Il y a, certes, encore de minutieuses études à faire pour éclaircir tant de points obscurs. Il faudrait savoir rigoureusement si la vieillesse des boîtes (cinq ou six ans) est une cause inévitable d'altérations, étant donné que la qualité des viandes et la préparation ont été irréprochables. Voici un fait cité par le major Duriez dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*. La boîte incriminée datait d'*un an* à peine. La graisse y était fluide et visqueuse, une odeur de poisson s'en dégageait; le goût de la viande était fade, mais mangeable, puisque les soldats ne l'ont pas rejetée.

« Une compagnie du 64e d'infanterie, se rendant, le 31 janvier 1882, de Ras-el-Ma à Daya, reçut au départ dix boîtes de conserve de bœuf bouilli, soit 100 grammes par homme. Cette compagnie fit halte à El-Bahri pour déjeuner. Les boîtes ouvertes n'avaient pas mauvaise odeur; mais le caporal qui les distribuait remarqua qu'une des boîtes présentait un liquide blanc, légèrement visqueux, comme de la gelée liquéfiée. Il garda la plus grande partie de la gelée et ne distribua que la viande. Les dix hommes qui la mangèrent tombèrent malades environ une heure après le repas et offrirent les symptômes suivants : nausées, vomissements alimentaires et bilieux, vertiges, coliques, diarrhée fétide, abdomen sensible à la pression, céphalalgie intense, battements temporaux, pas de fièvre, crampes douloureuses dans les membres inférieurs... Urines rares chargées d'urates. Dès le lendemain, amélioration : les coliques, les crampes, les vomissements cessent pendant la nuit. Il reste de la céphalalgie et de l'inappé-

tence. Le troisième jour, la guérison était complète. On ne peut accuser de ces accidents que la viande. »

Tel est le tableau classique des empoisonnements qui, très rarement, sont mortels. Parfois toutes les boîtes d'une distribution sont malsaines; car Bouchereau et Noir ont relaté qu'en 1888, soixante-dix soldats du 92e de ligne ont été malades à la fois. Les symptômes ont été plus longs à se manifester; mais ils sont toujours ceux d'un empoisonnement collectif. Or, la cause, en ces cas, n'est pas discutable un seul instant.

La sévérité et la surveillance s'imposent donc plus que jamais, et l'on devra, avant toute livraison, inspecter d'abord le contenu des boîtes, comme on le fait chez Potin et chez les autres marchands qui ouvrent les boîtes *vieilles*, avant de les donner au client. Il faut dire que ces conserves sont vendues moins cher que les fraîches. Voilà ce que j'ai appris en interviewant les connaisseurs du métier et en contrôlant leurs dires. Ces messieurs prétendent aussi qu'une cause d'avaries certaines est dans le déplacement des boîtes, quand on les transporte de garnison en garnison, et qu'elles subissent des changements de température. Alors, disent-ils, la gelée se liquéfie et la viande *travaille* aussitôt. De récentes expériences de Pouchet semblent prouver que cette dernière remarque est absolument vraie.

Malgré ces explications diverses et dans l'attente du mieux définitif et de la sécurité enfin obtenue, il est bon de poser quelques conclusions.

A mon sens, la fabrication des boîtes de conserve devrait être réglementée durement. Un inspecteur de boucherie examinerait tous les animaux avant et après l'abatage. Une belle qualité serait toujours exigible; ni tendons, ni graisse, ni aponévroses ne devraient être admis. Ces conditions devraient être plus sévèrement imposées aux viandes des colonies, qui sont fort inférieures, — en général creuses et maigres, avec les symptômes de la cachexie.

C'est au bord de l'hiver, au moment où les viandes ont le plus de valeur, que les bœufs seraient préparés pour la conserve.

On imposerait la consommation durant la première et la seconde année au plus, — en temps de paix du moins.

MM. les médecins ou MM. les vétérinaires s'assureraient de la qualité des boîtes, avant d'en distribuer la viande. C'est là une corvée supplémentaire peut-être, mais enfin, il y va de la santé des hommes, et puis on ne consomme point les conserves chaque jour dans les régiments, mais une fois la semaine, et encore selon les époques et les situations.

Il ne faudrait les transporter que durant l'hiver et les distribuer habilement dans les magasins, de façon qu'elles n'en sortissent que pour être mangées de suite.

Journal d'hygiène. E. PION.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1891, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement du Prurit.

par A. Morel Lavallée

Médecin des Hôpitaux.

La démangeaison est un symptôme que l'on rencontre dans un certain nombre d'états pathologiques, mais nous ne l'envisagerons ici qu'en tant qu'elle sera le symptôme révélateur de ces affections, où qu'elle occupera le premier plan dans le syndrome examiné. Dans l'ordre dermatologique, le prurit accompagne beaucoup de maladies classées, mais nous le considérons uniquement qu'à l'état isolé, bien qu'à son tour il constitue une cause irritative capable d'engendrer des troubles cutanés, voire même de vraies dermopathies.

Parfois il intéresse toute la surface des téguments; d'autres fois il reste localisé, et, dans les deux cas, soit par son siège, soit par son allure, continue, intermittente ou rémittente, il fournit des indications étiologiques.

La première chose à faire, en présence d'un malade affecté de prurit persistant, est de rechercher si on ne se trouve pas devant une dermatose *naissante*, à début difficile à caractériser, telle que le lichen plan, ou au contraire s'il n'y a pas eu une éruption *récemment terminée*, gale, phtiriase ou autres, et susceptible alors d'avoir laissé soit de petits foyers d'infection locale, soit des zones de prurit, survivant au mal et entretenues par le nervosisme cutané ou psychique du sujet (prurigo secondaire, ou dermatophobie). Ces deux hypothèses étant écartées, l'absence de jaunisse ne permettant pas d'ailleurs de songer à un prurit ictérique, l'examen des urines s'impose dans tous les cas, et, en particulier la recherche du sucre. La glycémie est en effet une des causes banales de prurit, et une cause fréquemment demeurée latente. Mais si cette étiologie fait défaut, la pathogénie du prurit peut devenir singulièrement pénible à élucider. C'est toujours l'idée d'une intoxication, c'est-à-dire d'une introduction ou d'une rétention de produits toxiques dans l'économie, qui doit hanter le médecin. C'est ici en effet que l'adage *sublatâ causâ* recevrait une application triomphante. Un certain nombre de drogues sont connues pour provoquer, par leur ingestion, de la démangeaison; telles l'antipyrine, les salicylés et leurs dérivés, mais il y a presque toujours alors érythème concomitant ou consécutif. La morphine, chez certains sujets, donne lieu à un prurit spécial, parfois intolérable, *localisé* ou prédominant à la face, aux fosses narines et au cuir chevelu : il disparaît d'ailleurs rapidement.

Si l'intoxication n'est pas exogène, elle peut être autochtone et c'est l'insuffisance du filtre rénal qui est bien souvent à invoquer. Tous les albuminuriques ne sont pas des prurigineux, mais l'albuminurie domine plusieurs syndromes suspects à notre point de vue, en particulier celui qui répond au *petit rein contracté*, au *rein sénile* précoce ou non. Et la difficulté commence précisément pour nous avec les insuffisances rénales où l'albuminurie est reléguée au second plan ou même fait défaut. Les brightiques ont *droit au prurit*,

mais comment songer à incriminer le rein quand il s'agit seulement d'un goutteux, ou même d'un goutteux larvé encore sans attaques, d'un azoturique; d'un de ces obèses trapus à faciès coloré, à téguments cireux mais facilement injectables, prêts aux œdèmes, aux lumphangites et à la furonculose pour la moindre excoriation, encore que leur urine soit simplement foncée, dense, odorante, et forte en urée avec augmentation parallèle de l'acide urique (celui-ci allant jusqu'à 0,60 à 2 gr. en 24 heures), avec *traces* intermittentes d'albumine. Eh bien, ce sont ces sujets précisément que le dermatologue doit dépister, connaître et gouverner. Ils font le désespoir du médecin, avec leurs démangeaisons diffuses et injustifiées ou leurs prurits parfois localisés en des placards bientôt lichénifiés par le grattage; et cependant ils ne sont pas forcément voués à l'eczéma « herpétique », en aires symétriques, rougeâtres, épaissies, turgides par moment sous l'influence de ces raptus congestifs qui sont la marque du tempérament goutteux. Tous les calmants généraux ou locaux échoueront chez ces sujets destinés à l'horripilation diurne et à l'insomnie indéfinie, jusqu'au jour où leur médecin aura eu l'idée de les soumettre à la cure préventive de la goutte ou de la gravelle, à la médication lithinée et diurétique en séries, etc. Et nous pourrions citer tel de nos confrères qui a conservé *des années* du prurit, de l'urticaire, puis des placards d'eczéma dit *herpétique*, jusqu'au jour où il s'est mis résolument à la poudre de Pistoja : sa guérison, aujourd'hui acquise, a commencé avant la sixième semaine du traitement.

Quand les causes toxiques font défaut, on est bien forcé de se rabattre sur l'étiologie *nerveuse*; je veux dire sur l'étiologie nerveuse *exclusive*, car le système nerveux ne peut pas se désintéresser d'une dermopathie; il est évidemment de compte à demi avec les rétentions toxhémiantes, dans le prurit sénile, le P. de la ménopause, le P. « ovariprive »; dans le P. post-opératoire et le prurit post-scabieux, il est presque seul à incriminer : et il doit certainement en être ainsi dans certains cas post-traumatiques, aussi véridiques que les dermatoses *par shock nerveux*.

On voit à quel point le dermatologue doit connaître sa pathologie générale : ainsi, dans la rapide étude que je fais ici, je suppose résolu ce problème pathogénique, autant du moins qu'il peut l'être. Le médecin a dépouillé à fond le dossier pathologique de son client, il l'a soumis au traitement général approprié, au traitement *spécifique* — je veux dire au traitement *spécifique propre à chaque espèce morbide*. — Si c'est un diabétique, il a, par les alcalins, les bromures ou l'antipyrine, voire même l'arsenic, ramené la glycosurie à zéro ou à son minimum; si c'est un goutteux « patent » ou « larvé », il a, par les cures alternées d'eau de Vittel, de lycétol et d'eau de Vichy, par l'exercice et l'hygiène, obtenu une urine abondante, clarifiée, moins dense, moins azotée. Ou bien il se trouve d'emblée devant un sujet dont aucune tare n'explique les souffrances, il va donc à présent s'attaquer *au prurit*.

Je rappelle encore, une fois pour toutes, que je n'envisage ici le prurit que dégagé de tout substratum éruptif, ou, en tout cas, de toute éruption *constituée*, et surtout de toute éruption à type humide ou irritatif. Comme, cependant, je ne puis négliger ici la période prééruptive de certaines dermatoses éventuellement en incubation. — non plus que la phase non éruptive, « souterraine », pour ainsi dire (1), de certains états chroniques à manifestations alternantes, sinon vicariantes, il est quelques données de nosographie cutanée générale que je suis obligé d'esquisser.

(1) Je ne puis employer l'expression de phase *silencieuse*, puisque j'ai précisément en vue ici la période *prurigineuse*, mais non éruptive, des états morbides en question.

Il est des auto-intoxications chroniques, se rattachant au groupe vague et complexe des urémies, c'est-à-dire des dépurations organiques incomplètes, dont le retentissement sur l'appareil cutané n'est ni continu, ni invariablement fixé dans un type éruptif classé; j'ai en vue, dans ce moment, un vieillard qui, après avoir eu très longtemps, comme seuls troubles de sa santé, les phénomènes neuro-arthritiques *dits* actuellement brightiques (doigt mort, cryesthésies, ecchymoses spontanées, sueurs profuses spontanées, etc. etc.), s'est vu tout à coup atteint d'un prurit diffus avec exaspérations à de certaines heures et en certaines régions; puis sont apparues des rougeurs, puis des papulations plus ou moins coalescentes, la peau étant lichénifiée par endroits sous l'influence du grattage, restant saine ou seulement pigmentée, œdématée ailleurs. Ultérieurement, il s'est établi une véritable dermatose presque généralisée du type eczémateux puis, quand cette éruption a rétrocédé ou subi des accalmies, les rashes (1) successifs se sont présentés sous des aspects variés, — variables même parfois dans le cours de la même poussée, si bien que, selon les régions et les époques ou l'on considérait le sujet, on eût pu porter les diagnostics les plus divers : urticaire, prurigo, eczéma lichénoïde, eczéma suintant aigu, érythème scarlatiniforme, etc. C'est dans le cours de cette dermatose polymorphe, dont l'évolution s'est étendue sur plusieurs années, que l'apparition d'une anurie prolongée, de troubles moteurs, de dépression allant jusqu'au coma est venue tardivement éclairer le médecin sur la nature toxhémique de cette dermatose. Or, et c'est pour cela qu'il n'était pas déplacé de citer ici cette observation, ce malade a subi des poussées de prurit (parfois atroces) pendant, mais aussi *avant* et *après* ses poussées éruptives. Eh bien, tout naturellement, et c'est là où je voulais en venir, la thérapeutique *locale* du prurit a dû varier d'une façon absolue suivant que la peau était, ou non, indemne de toute éruption, suivant qu'elle présentait des exanthèmes, suivant le type que revêtait l'éruption, suivant la région affectée. Cette observation reproduit fidèlement les conditions que rencontrera le médecin, dans la pratique, et auxquelles il devra subordonner sa conduite dans la cure du symptôme *prurit*. Tel topique, excellent pour une peau indemne, deviendra irritant pour une peau papulée, et intolérable pour une surface vésiculeuse ; de plus, les différentes régions du corps ont des topiques qu'elles affectionnent avec une prédilection marquée.

L'étude attentive du malade dont je viens de parler m'a conduit encore à diverses remarques que l'on peut sans doute, par induction, étendre à la généralité des sujets.

I. — Une fois « l'état de prurit » déclaré chez cette personne, les sensations morbides se reproduisaient non seulement sous la forme de démangeaisons simples, mais avec d'infinies variations dans leurs modalités, lesquelles, toutefois, revenaient toujours les mêmes chez elle dans des conditions identiques, — avec des exaspérations et des atténuations semblables, et dont la clé échappait souvent, — à part l'influence bien connue de la digestion et de la topographie régionale.

II. — L'intensité de la démangeaisou et des sensations réactionnelles connexes s'est toujours montrée en rapport avec la forme clinique de l'éruption, c'est-à-dire d'autant plus grande que le type éruptif reproduisait plus fidèlement chez notre malade l'élément constitutif d'une dermatose plus sévèrement prurigineuse dans son type nosologique pur et spontané ; autrement dit les poussées éruptives à types papuleux donnaient lieu ici à un prurit bien plus vif que de simples rougeurs en nappe diffuse, et enfin, ce prurit atteignait son maximum quand l'éruption revêtait *grosso modo* le type objectif du lichen plan, et surtout celui de lichen *obtusus* à grosses papules séparées.

(1) RASH, au sens anglais, *efflorescences cutanées*.

III. — Il est des formes éruptives, voire même des phases de prurit *sine materiâ* qui défient tout effort thérapeutique raisonné, et ne trouvent un peu de soulagement que quand l'excès même du paroxysme a épuisé la résistance nerveuse jusqu'à la quasi-lipothymie — résultat que le malade n'obtient souvent qu'au moyen d'une crise artificiellement provoquée, quitte à s'en repentir en constatant ensuite les progrès du mal. C'est ainsi que l'extrême chaud et l'extrême froid, qui calment pour un moment le prurit de l'eczéma suintant aigu, l'enflamment en fin de compte ; aussi mon cher collègue et ami M. Brocq a-t-il coutume de dire que ce qui fait bien pour le prurit fait mal pour l'éruption. Il est des sujets qui ne trouvent de repos qu'après un violent *grattage entre deux pansements*, et qui ne se laisseraient pas repanser avant d'avoir eu leur séance de grattage ! Eh bien, la thérapeutique a utilisé ces notions empiriquement données par les malades ; seulement le grattage, elle l'a remplacé par la *scarification*, qui agit de même au moyen de la discision des minuscules rameaux nerveux terminaux. Quant aux poussées inflammatoires favorables, n'est-ce pas elles que nous recherchons lorsque, faisant appel à la méthode substitutive, nous appliquons sur une vieille lichénification rebelle le nitrate d'argent concentré ou la potasse à 1/20?

Ces considérations générales une fois exposées, abordons l'étude des divers moyens d'action que nous demanderons, contre le prurit, à la thérapeutique.

Nous ne pouvons ici mieux faire que de suivre l'ordre adopté par MM. Brocq et Jacquet, dans leur *Traité* publié par l'Encyclopédie *Léauté*.

Traitement interne.

Certes, tous les antinervins sont indiqués : valériane, valérianates et bromure, castoreum et assa fœtida. Mais il y a mieux à faire que d'établir une liste pharmacologique. Voici, d'après mon expérience personnelle, comment je classerais les remèdes à employer. Les plus simples à manier, les premiers à essayer sont les bromures et la valériane : ils agiront efficacement, par exemple, dans le prurit qui survit à une gale disparue ; dans le prurit rénal, oligurique ou polyurique ; dans le prurit du diabète, où l'on se trouvera bien également de l'antipyrine, laquelle peut être substituée à ces substances ou même leur être associée. L'antipyrine, hormis les cas où elle donne lieu à des dermites pathogénétiques, est un remède puissant contre le prurit de l'urticaire et contre l'urticaire elle-même, ce qu'elle doit sans doute, en partie, à ses propriétés vasoconstrictives.

La teinture de belladone, associée ou non à l'alcoolature d'aconit, est souvent administrée avec succès (de X à XX gouttes par jour), de même la teinture de gelsemium. Puis d'autres médicaments vasculaires, prescrits isolément ou ensemble par mon ami L. Brocq à titre de décongestifs de la peau : l'hamamelys (extr. fluide), la digitale et l'ergotine, à toutes petites doses, enfin, la quinine. Quant à moi, je ne saurais assez me louer d'une substance dont j'ai retiré de merveilleux effets, l'aconitine cristallisée. Seule, ou donnée concurremment avec la quinine (pil. de Moussette), ou l'antipyrine, je lui ai dû des succès remarquables, notamment dans des dermatoses à allures congestives, à disposition localisée et symétrique, telles qu'on en voit chez les goutteux et les « grands arthritiques ». Seulement, le maniement en est extrêmement délicat et doit être l'objet d'une surveillance quasi-incessante. Je n'ose jamais ordonner les granules d'un tiers de milligramme ; je les fais fondre dans un verre d'eau à prendre dans les 24 heures.

La pilocarpine est recommandée par les auteurs : je n'ai guère employé ici ce médicament, d'ailleurs précieux, non plus que l'atropine, vraiment trop dangereuse. L. Brocq

se loue de l'acide phénique (de 0,05 à 0,30 par jour). D'autres ont préconisé l'ichtyol ; je n'en ai pas l'expérience. Mais il est une dernière substance, formellement proscrite par l'usage dans toutes les dermatoses, et avec laquelle j'ai pu, sans inconvénient, grâce à une excessive prudence, procurer du repos à plusieurs malades : je veux parler de la morphine.

L'opium et ses dérivés, en particulier la morphine, ont été signalés comme pouvant occasionner de la démangeaison. Il est certain que chez plusieurs personnes, la morphine donne lieu à une démangeaison, parfois très vive, localisée ordinairement à la muqueuse nasale, à la peau de la face et du crâne. Mais ce phénomène, outre qu'il ne s'étend pas forcément à toute la surface cutanée, même malade, est d'habitude de courte durée (de dix minutes à 2 ou 3 heures chaque fois); et il n'en est pas moins suivi du calme si reposant qui est l'apanage de l'alcaloïde si redouté. Jamais je n'ai vu la morphine donner lieu, chez des dermopathes, à des poussées d'érythème comme en produisent l'antipyrine et la quinine ; et chez de tels malades, tout comme chez les brightiques et les cardiaques, on est bien heureux, après des semaines et des mois d'insomnie, de leur procurer une ou deux nuits de calme, sinon de sommeil, ne fut-ce qu'à titre exceptionnel, et avec d'infinies précautions.

Du chloralose je ne parlerai, bien entendu, que pour proscrire, ici comme dans tous les cas, cette abominable et dangereuse drogue, et je terminerai cette liste en disant que, parmi les hypnagogues, le sulfonal et le trional m'ont réussi, sans aucun inconvénient pour l'appareil cutané.

J'en aurai fini avec le traitement interne, en rappelant qu'un régime doux doit être sévèrement imposé, et l'antisepsie intestinale réalisée avec les médicaments usuels, en particulier le benzonaphtol. Parfois le régime lacté, même absolu, sera la dernière ressource de l'alimentation, à combiner avec les cures de raisin, de petit lait, et l'usage du képhir.

Traitement externe.

Traitement hydrique. — Je laisse de côté les eaux minérales, car toutes, selon le sujet, peuvent ici trouver leur indication, depuis les sédatives simples (Néris) jusqu'aux alcalines, aux sulfureuses même, en passant par les modificatrices comme la Bourboule, ou celles qui, comme Royat et surtout Saint-Nectaire, agissent d'une façon substitutive, en fouettant la peau avec leur dégagement d'acide carbonique en quasi-ébullition. — Mais il est impossible de passer sous silence les bains, parce qu'ils sont d'un recours bien plus aisé, qu'on les a pour ainsi dire sous la main, et que les malades les réclament à chaque instant. Il ne faudrait pas croire qu'avec leur action détersive et émolliente, ils soient toujours utiles ou même indifférents en dermothérapie. Certaines dermatites intenses s'en trouvent fort mal; les brûlures, les eczémas à grande surface, sont tellement douloureux au contact inutilement prolongé de l'air en sortant de l'eau, que si on ne peut les recouvrir de suite et disposer, pour tous ces soins, d'un personnel bien dressé, mieux vaut renoncer à leur soulagement passager.

Pour ne parler que des prurits, il en est, (celui de l'urticaire en particulier), qui supportent fort mal le contact de l'eau, ou tout au moins de l'eau sous forme de bains plus ou moins longs, tandis qu'ils retirent une grande amélioration des lotions à l'éponge peu imbibée, trempée dans une eau faiblement alcoolisée ou acidulée. Cela dit, il est nombre de cas où les bains de son, de gélatine, d'amidon, de carbonate de soude, de sublimé seront toutefois d'un heureux usage.

Les douches ne rivalisent également leur emploi : les froides, exceptionnellement ; mais la douche à 35° ou 36°, la douche tiède prolongée, dont le type est la douche dite *tiède calmante de Béni Barde* a sur le système nerveux une action sédative tellement puissante qu'elle peut triompher à elle seule de la dermalgie, voire même de telle dermatose prurigineuse, comme le lichen plan, par exemple.

Les *aldutions* alcoolisées ou vinaigrées, les *bains* — affusions locales humides régionales — trouvent aussi leurs indications. Il en est de même de l'enveloppement sous toutes ses formes, allant depuis l'enveloppement humide à l'aide de compresses mouillées, jusqu'au pansement humide recouvrant ou non une couche de pommade rendu occlusif par l'adjonction d'un taffetas ciré ou d'une toile gommée. Le cataplasme lui-même n'est autre chose qu'un pansement humide prolongé, émollient. L'occlusion devient parfaite avec le cataplasme appliqué suivant le procédé de Colson : c'est le bain de vapeur — *local* — *prolongé*. Mais on peut aussi pratiquer l'occlusion à sec, au moyen des sparadraps, des vernis, des colles à base de gélatine. Dans d'autres cas, enfin, beaucoup plus simples, les pansements les moins compliqués, poudres inertes ou pommades médicamenteuses, suffiront.

Nous venons, si l'on y prête attention, de passer en revue presque tout l'arsenal de la dermatothérapie. Mais on nous le pardonnera en remarquant que nous nous sommes borné à donner des indications *générales* qui permettent de nous suivre quand nous allons aborder le traitement des prurits en particulier. Et pourtant, que n'y aurait-il pas à dire sur la manière de pratiquer ces divers modes de pansement ! Il me souvient d'avoir vu — *jadis* — tel service de maladies cutanées où le personnel infirmier, chargé exclusivement de tous les pansements, n'en connaissait que deux : la pommade à l'oxyde de zinc, — et les compresses humides. Et alors on voyait ceci : des eczémas encore suintants, dont le flux soulevait avec peine un mélange de croûtes, de graisse et d'oxyde de zinc, tandis qu'à *côté* un autre eczéma, arrivé, celui-ci, à la période de « peau lisse », « pelure d'oignon », voyait se craqueler son jeune épiderme si délicat, injecté d'un piqueté hémorragique sous l'influence, irritante pour lui, du même oxyde de zinc. En face, un troisième eczéma, congestif, celui-là, turgide, brûlant, violacé, était traité par les « compresses humides », — *une fois par jour* ! ! Et la malade me disait combien elle souffrait, 20 ou 22 heures sur 24, alors que, sous l'occlusion du taffetas ciré, la chaleur morbide avait pénétré et échauffé ses compresses devenues « bouillantes ». Et n'allez pas croire que, comme a dit le poète :

Tout cela se passait dans des temps très anciens...

Des prurits en particulier.

Prurit sénile. — Nous l'étudions ici en tête parce qu'il est essentiellement un P. généralisé.

Brocq recommande, à l'intérieur, l'usage de la potion suivante :

Bromure de sodium.....		8 gr.
Iodure	»	4 gr.
Salicylate	»	8 gr.
Acétate	»	4 gr.
Infusion de gentiane.....		60 gr.

Une cuillerée à café, dans l'eau, après chaque repas.

Le soir, *lotions chaudes* sur le corps avec une solution de sublimé à 1/2000, ou d'acide phénique de 1 à 2 0/0, puis on saupoudre avec le salicylate de bismuth, de 10 à 2 0 0 d'amidon, ou bien on fait des onctions avec la pommade suivante :

Lanoline.....	30 gr.
Acide salicylique.....	2 gr.
Gaïacol.....	6 gr.
Menthol.....	0 gr. 60

Une autre lotion a été aussi fort vantée, c'est celle de Penzoldt ;

Eau distillée.....	450 gr.
Glycérine.....	20 gr.
Acide phénique neigeux,.	5 gr.
Hyposulfite de soude....	30 gr.

A mentionner encore : l'eau vinaigrée à 1 0/0, chloralée à 1 0/0, ichtyolée, etc.; le glycérolé tartrique à 3 0/0, avec ou sans menthol à 1 0/0. Enfin D. Bulkley a employé avec succès les lotions de permanganate à 2 0/0 ou plus, suivies d'applications d'onguent de zinc.

Prurits localisés. — Ici on peut employer des médicaments beaucoup plus actifs, l'irritation et l'absorption étant moins à craindre.

Promener au siège du prurit une boulette d'ouate hydrophile à peine imbibée de :

Alcool.....	20 gr.
Ether.....	20 gr.
Menthol.....	2 gr.

On a même recommandé le menthol à saturation dans le chloroforme.

Voici maintenant la solution de Leistikov :

Sublimé.....	0 gr. 30 à 0 gr. 50
Alcool.....	25 gr.
Chloroforme.....	V gouttes.
Eau de laurier-cerise.	50 gr.
Eau de camomille....	25 gr.

Et je terminerai par la lotion de Vaucaire :

Eau distillée.....	450 gr.
Eau de laurier cerise.	50 gr.
Chloral.....	5 gr.
Chl. cocaïne.....	3 gr.

Cette solution ferait merveille en lotions contre le prurit de l'urticaire. Je crois toutefois que l'eau de laurier-cerise pourrait être remplacée par l'acide cyanhydrique; et quant à la cocaïne, je ne suis pas persuadé que ce médicament, fort coûteux, ait une action certaine sur une peau non érodée.

Prurit anal. — Il est lié le plus souvent aux hémorroïdes. On commencera donc par traiter celles-ci suivant la méthode que l'on choisira : laxatifs, glace ou haute chaleur, lavement huileux avant chaque garde-robe, pommade ou suppositoires avec 1 0/0 de chrysarobine (Kossobudski). A l'intérieur, le capsicum (cinq gouttes 3 fois par jour); ou bien, comme aux colonies, prendre 3 fois par jour gros comme une lentille d'extrait de piment du Sénégal, ou bien enfin la teinture de marrons d'Inde et d'hamamelys. Puis on attaque directemeut le prurit, soit en appliquant sur l'anus la lotion de Penzoldt (voir plus haut), soit en employant le procédé de Bœck : badigeonner soir et matin la région avec la lotion suivante, coupée de moitié d'eau :

Talc	}	ââ 30 gr.
Amidon		
Glycérine		20 gr.
Eau blanche		100 gr.

On peut encore, comme Brocq le recommaude, badigeonner la région tous les 3 jours avec le nitrate d'argent à 1/20, et enfin employer l'électricité statique, ou les douches chaudes, calmantes.

Prurit scrotal. — Se traite avec la lotion de Leistikov, les lotions très chaudes au sublimé ou au phénol, les enveloppements de caoutchouc.

Prurit vulvaire. — Nous ne saurions mieux faire que de suivre ici pas à pas les indications de notre ami Lutaud (1).

Rechercher d'abord les causes générales : diabète, grossesse, masturbation, syphilis, etc.

Procéder à un examen local attentif et rechercher les causes locales : leucorrhée, eczéma, végétations, défaut de propreté, etc.

A. — Médication locale.

I. — Faire toutes les deux heures une lotion avec la mixture suivante :

Bichlorure de mercure	0 gr. 25 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque	0 — 25 —
Lait d'amandes	500 grammes.

Faire dissoudre.

II. — En cas d'échec avec cette mixture, employer la solution suivante, qui sera appliquée de préférence le soir. Il faut en imbiber une compresse qui sera maintenue en place le plus longtemps possible :

Hydrate de chloral	5 grammes.
Hydrolat de roses	100 —
Eau distillée	150 —

III. — Contre la démangeaison, le mélange suivant est souvent efficace :

Acétate de plomb	10 grammes.
Acide phénique	5 —
Teinture d'opium	60 —
Eau bouillie	500 —

IV. — Ou :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 50 centigr.
Eau de laurier-cerise	4 grammes.
Borate de soude	10 —
Eau chloroformée	400 —

V. — Pour la journée, employer la pommade :

Chlorhydrate de cocaïne	2 grammes.
Axonge	20 —
Essence de rose	Q. s.

dont l'action est purement palliative, mais très efficace contre la démangeaison.

(1) La *Quinzaine Médicale*, page 200.

VI. — Cette autre formule de pommade agira comme modificatrice des tissus :

Bromure de potassium	2 grammes.
Acide salicylique	0 gr. 50 centigr,
Glycérolé d'amidon	20 grammes.
Calomel à la vapeur	0 gr. 50 centigr.

VII. — Saupoudrer ensuite de :

Oxyde de zinc Sous-nitrate de bismuth	âà 5 grammes.
Lycopode	10 —

Avoir soin de bien laver les parties à l'eau chaude, avant d'appliquer de nouveau la pommade.

VIII. — A l'heure du coucher et pendant la nuit, appliquer et maintenir sur la vulve des cataplasmes émollients de farine de lin, de fécule, faits avec de l'eau boriquée ou additionnés de quelques gouttes d'acide thymique.

Recommander de laver la vulve à grande eau (de préférence à l'eau très chaude) chaque fois qu'on applique de nouveau un des topiques qui viennent d'être formulés (solutions, pommades ou cataplasmes). Il sera également utile de faire de fréquentes injections vaginales, afin d'éviter le séjour sur les parties malades des produtts de sécrétion provenant du vagin.

IX. — Dans quelques cas rebelles, faire des cautérisations au nitrate d'argent sur les parties affectées. Voici la formule :

Nitrate d'argent	1 gramme
Eau distillée	10 —

Pour appliquer avec un pinceau. Ne renouveler l'application que lorsque la desquamation produite par le topique a complètement disparu.

B. — MÉDICATION INTERNE.

Le prurit vulvaire s'observant surtout chez des femmes *névropathes*, anémiques ou neurasthéniques, il importe d'instituer une médication générale appropriée.

X. — Contre l'insomnie, donner la préférence aux bromures et employer :

Bromure d'ammonium	10 grammes
Hydrate de chloral	5 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	90 —

Une cuillerée à soupe à l'heure du coucher; une seconde cuillerée dans la nuit si la malade se réveille et éprouve des démangeaisons.

XI. — Dans les cas où les bromures déterminent des érythèmes, employer le sulfonal associé à l'antipyrine :

Sulfonal Antipyrine	âà 0 gr. 50 centigr.

Pour un cachet. Un ou deux cachets à l'heure du coucher.

Voici, pour terminer, la méthode de Heidenhain contre le prurit vulvaire :

Chaque soir, avant de se coucher, la malade fait une injection vaginale avec une solution de *lysol*, puis avec de l'eau tiède bouillie, et enfin avec une solution de *sublimé* ;

la vulve ayant été ensuite lavée avec soin, la patiente s'introduit entre les grandes lèvres une compresse de tarlatane chargée de la solution chaude de tanin. Lorsqu'il existe des excoriations de la muqueuse, on les touche avec le crayon de nitrate d'argent.

Les médications ci-dessus ont été exposées avec assez de détails pour que toute variété quelconque de prurit puisse être aisément combattue par le médecin qui aura lu ces lignes. Toutefois, au point de vue nosologique, il me reste deux mots à dire de quelques prurits localisés qui comportent une signification diagnostique spéciale.

Prurit palmaire. — Rechercher l'hyperidrose, l'urticaire à localisations discrètes, puis se rabattre alors sur les prurits diathésiques, arthritisme, goutte, surtout s'il y a concomitamment d'autres prurits localisés sans lésion, surtout du prurit anal ou scrotal ; — applications mentholées.

Prurit nasal. — Lorsqu'il n'est pas lié à une cause locale, asthme nasal, etc., on pensera à l'helminthiase intestinale, surtout si la démangeaison est limitée aux fosses narines ; si elle s'étend à toute la pituitaire, et gagne en même temps la face supérieure et le crâne songer aux effets spéciaux possibles de la morphine en injections. — Topiques cocaïnés.

Prurit crânien. — En dehors des cas où on l'observe dans le brightisme et le morphinisme, ce prurit se rencontre parfois, et d'une façon très curieuse, associé à une affection presque toujours indolente, la *séborrhée sèche* décalvante ou *pityriasis capitis* ; cela se voit surtout chez certains sujets nerveux, de préférence chez la femme, et on a alors un ensemble de sensations bizarres ; hyperesthésie brûlante de la peau du crâne, douleur cuisante au passage du peigne, sensation de souffle, tiède ou fraîche, venant lécher le tégument. C'est, du reste, la douleur qui prédomine. J'observe en ce moment ces étranges phénomènes dysesthésiques et paresthésiques, développés au plus haut degré, chez une ouvrière, porteur de folliculite décalvante de Brocq-Quinquaud. — Le menthol seul a pu amener quelque soulagement.

De l'accouchement prématuré provoqué

par le Dr DENELIN

Accoucheur des Hôpitaux.

Depuis la mort de Tarnier, il semble que l'accouchement prématuré provoqué tombe en désuétude, et qu'en perdant son principal défenseur il soit du même coup dépourvu de tous ses avantages. Est-il suranné d'oser en parler un peu ? Non, sans doute; et le malheur c'est qu'on a demandé à cette intervention plus qu'elle ne pouvait donner. Ce n'est pas une raison suffisante pour renoncer complètement à ce qu'on a le légitime droit d'en espérer.

Il est superflu de rappeler le parallèle, déjà si souvent fait, entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie. A vrai dire, les deux opérations ont leur terrain particulier et leurs indications propres. D'autre part, il est indispensable de faire figurer dans le choix à formuler entre l'un ou l'autre, un argument qui, pour n'être pas absolument scientifique, est néanmoins fort important : c'est le consentement de la femme intéressée. A titre de comparaison, nul doute que dans le cas de rétrécissement extrême du bassin

reconnu dès le début de la grossesse, la véritable conduite chirurgicale soit d'attendre le terme pour exécuter alors l'opération césarienne ; et cependant, si la femme (ou son entourage autorisé) refuse cette solution, on sera bien obligé de recourir à l'avortement provoqué, quelque répugnance qu'on en ait. Même raisonnement pour la symphyséotomie et l'accouchement prématuré. A l'hôpital, comme en ville, il faut avertir la femme ou sa famille, et se comporter en conséquence.

L'accouchement prématuré provoqué, disais-je, a son terrain particulier. Tout le monde reconnaît qu'un enfant né spontanément avec un poids égal ou à plus forte raison supérieur à 2400 grammes, a presque autant de chances de s'élever qu'un enfant de poids normal. Il ne saurait en être autrement, si l'accouchement prématuré, au lieu d'être spontané, se trouve avoir été provoqué artificiellement. En d'autres termes, l'accouchement provoqué à partir de huit mois révolus doit permettre d'obtenir des nourrissons qui pourront évoluer presque comme s'ils étaient nés à terme. En ce qui concerne les fœtus de 7 mois et surtout de 6 mois, les choses changent entièrement de face, et l'accouchement avant terme donnera des résultats d'autant moins bons que la grossesse sera moins avancée. (Voir la statistique de Tarnier.)

Tenons-nous en, par suite, à l'accouchement provoqué à partir de huit mois révolus et au delà. Mais, dira-t-on, c'est beaucoup restreindre le champ de cette intervention! Pas autant qu'on pourrait croire, car l'immense majorité des rétrécissements du bassin rentrent justement dans cette catégorie.

Quels sont donc ces rétrécissements? Ou, si l'on veut, quelles sont les angusties pelviennes qui créeront des difficultés pour le passage d'un fœtus à terme, tandis qu'elles vont permettre aisément l'accouchement à 8 mois ou 8 mois et 1/2? Ce sont les bassins qui mesurent entre 11 c. et 9 c. 1/2 de promonto-sous-pubien, c'est-à-dire entre 9 c. 1/2 et 8 c. de promonto-pubien minimum.

Tout est dominé par la connaissance du volume de la tête fœtale, connaissance ramenée en fin de compte à l'évaluation du diamètre biparié tal. Si ce diamètre biparié tal est inférieur ou égal au diamètre minimum du bassin, l'accouchement sera possible. En pratique, la tête est plus ou moins réductible, et la clinique montre qu'une réduction de 5 millimètres portant sur le biparié tal peut être escomptée, et sans conséquence sérieuse pour la survie et le bon état de santé de l'enfant. C'est-à-dire qu'un diamètre biparié tal de 8 c. 1/2, par exemple, est capable de franchir un diamètre pelvien de 8 centimètres sans accident. Fait capital : ici un autre facteur entre en jeu, c'est la forme générale du petit bassin. Deux filières pelviennes ayant toutes deux le même diamètre minimum (de 8 c. par exemple), seront cependant très différentes par leurs autres dimensions. La forme dite *bassin aplati d'avant en arrière* avec un diamètre minimum antéro-postérieur de 8 c. sera d'un pronostic infiniment plus favorable que la forme *généralement rétrécie* avec le même minimum antéro-postérieur de 8 c. Il faut encore ajouter les renseignements tirés de l'examen de l'excavation proprement dite. Si la face antérieure du sacrum est concave dans toute sa hauteur, le rétrécissement sera cantonné au détroit supérieur, et l'obstacle beaucoup moins sérieux que si avec un même diamètre antéro-postérieur minimum (toujours de 8 c. dans l'exemple choisi) la face antérieure du sacrum est convexe, en partie ou en totalité.

On voit que l'étude du petit bassin, effectuée grâce au toucher vaginal, est d'une importance primordiale quoi qu'on en ait pu dire. Le gros procès des adversaires de la pelvimétrie digitale est qu'on mesure le promonto sous-pubien très exactement à la vérité, mais qu'on ne peut connaître le diamètre minimum réellement utile que par une déduction approximative, classiquement évaluée en moyenne à 1 cent 1/2. Or, comme on dit, cette déduction purement théorique est passible d'erreurs allant à 5, 10 millimètres de diffé-

rence et quelquefois plus. Nous pourrions répondre qu'il y a de bons pelvimètres métalliques, celui de Crouzat ou celui de Farabeuf. Mais en nous restreignant à la seule pelvimétrie digitale, il est facile sinon d'éviter complètement l'erreur, tout au moins de la réduire à des proportions insignifiantes. C'est encore à l'examen interne du bassin qu'il faut s'adresser : Etudiez l'inclinaison du détroit supérieur, c'est-à-dire pratiquement, rendez-vous compte de la difficulté plus ou moins grande que vous aurez à atteindre l'angle sacro-vertébral avec le bout du doigt, selon que cet angle vous semblera plus ou moins élevé au-dessus du pubis ; sachez par expérience ce que c'est qu'un promontoire *élevé* ou un promontoire *bas* ; examinez la face postérieure de la symphyse pubienne pour en reconnaître la convexité plus ou moins prononcée (ce qui est très différent de l'inutile *épaisseur* de ladite symphyse); recherchez aussi la direction générale (dans le sens de la hauteur), de la symphyse pubienne, par rapport à l'antéversion ou à la rétroversion du bassin ; aidez-vous pour cette appréciation, de la direction générale des branches ischio-pubiennes et de l'axe antéro-postérieur de la vulve et vous pourrez faire d'utiles corrections à la déduction classique. Dans la plupart des cas, pourtant, la moyenne de 1 c. 1/2 arrive bien près de la vérité.

Quant à la tête du fœtus et à son diamètre biparietal, même querelle et, au fond, même simplicité. Les chiffres de P. Dubois restent des moyennes fort utiles et bien aisées à retenir. A 8 mois de grossesse, le biparietal mesure 8 c. ; à 8 mois 1/2, il mesure 8 c. 1/2, à terme, il est de 9 c. à 9 c. 1/2. Faites d'ailleurs la céphalométrie externe d'après le procédé de Perret; comparez les dimensions de la tête avec celles du détroit supérieur à l'aide du palper mensurateur ; et vraiment, en réunissant tous ces modes d'investigations, vous serez très suffisamment renseigné pour agir en pleine connaissance de cause.

Il est très difficile, objecte-t-on enfin, de savoir exactement quel est l'âge de la grossesse, pour pouvoir évaluer le diamètre biparietal à 5 millimètres près. Sauf exception, ce n'est pas un problème insoluble, et les moyens les plus ordinaires, les plus classiques sont toujours les meilleurs.

On voit, d'après le temps que je viens de leur consacrer, quels obstacles on a accumulés au devant de l'accouchement provoqué. Et ce n'est pas tout. L'opération elle-même a subi bien des reproches. Sonde-bougie de Krause, ballon Tarnier, ballon Champetier, écarteur de Tarnier, tout a été critiqué. En fait, certains utérus entrent en action sous l'influence de n'importe quel excitant : l'introduction du doigt dans le col jusqu'à l'orifice interne et au-dessus de lui, la mise en place d'une bougie ou d'un petit ballon, une simple mèche de gaze dans le vagin ont suffi pour déterminer l'accouchement et lui donner une marche normale et régulière, tandis que, d'autres fois, l'inertie est complète malgré tout ce qu'on peut imaginer.

Cette inertie est assez fréquente dans l'accouchement provoqué, et certainement nuisible au fœtus. C'est là, sans nul doute, le principal inconvénient de la méthode. Les gros ballons (de Champetier, de Lucas, etc.) gonflés dans le segment inférieur, amènent vite la dilatation complète de l'orifice utérin ; mais ils déplacent la partie fœtale, exposant aux présentations vicieuses, aux procidences et à la rétraction de l'anneau de Bandl, et ce sont là de graves reproches, d'autant plus fâcheux qu'ils frappent le moyen considéré justement comme un des plus expéditifs et des plus sûrs pour ouvrir largement l'orifice.

En ce qui me concerne, voici quelle est la technique que je suis actuellement :

1° Préparation antiseptique du vagin, pendant trois fois vingt-quatre heures, exécutée de la manière suivante :

Après les soins hygiéniques ordinaires, bains savonneux, lavements après purgation, etc., j'ai fait un nettoyage de la vulve, puis une grande injection vaginale en frottant avec les doigts les parois de la cavité. Le frottage terminé, on glisse un doigt aseptique

dans le canal cervical jusqu'à l'orifice interne et au-dessus de lui, pour décoller l'extrémité inférieure de l'œuf, en prenant garde de rompre les membranes. On termine par l'introduction dans le vagin d'une assez forte mèche de gaze iodoformée, salolée ou seulement aseptique. Si le trajet cervical est suffisamment perméable, on glisse doucement avec une pince guidée par un ou deux doigts, l'extrémité profonde de la mèche antiseptique ou aseptique, jusqu'au dessus de l'orifice interne. Le lendemain et le surlendemain, même pansement. Il arrive que le travail se déclare au bout d'un ou de deux pansements, sans qu'on ait besoin de faire autre chose.

2° Au bout des trois pansements précédents, si l'orifice est suffisamment perméable, on met d'emblée l'écarteur de Tarnier, sinon, on introduit dans le col et dans le segment inférieur, soit une bougie de Krause, soit un ballon Tarnier, soit un *petit* ballon Boissard ou un *petit* ballon de Champetier. De deux choses l'une : ou le travail se déclare franchement de manière à continuer sans arrêt, jusqu'à l'expulsion spontanée, et alors tout est pour le mieux; ou, au contraire, après avoir commencé, les douleurs s'arrêtent; c'est généralement que l'appareil s'est déplacé pour tomber dans le vagin, ou que le ballon a claqué, etc., bref que l'excitation du segment inférieur a cessé. On ôte l'appareil et on examine. Dans la presque totalité des cas, on trouve le col effacé et la dilatation commencée, mais insuffisante.

3° Inutile alors de remettre une seconde bougie ou un second ballon de même volume. Un gros ballon serait dangereux. Alors on pose l'écarteur métallique de Tarnier, avec trois anneaux de caoutchouc seulement : on mesure l'écartement de ces branches dès la mise en place, et on le laisse *une heure* seulement. On va l'ôter pour laisser l'orifice se reposer, éviter les contractions irrégulières d'une part, et les déchirures cervicales d'autre part; mais, auparavant, on mesure encore l'écartement des branches pour apprécier ce qu'on a obtenu. Les contractions ont pu recommencer et prendre assez de vigueur pour aller jusqu'à l'expulsion.

4° Si après l'ablation de l'écarteur, les douleurs se calment, il faut, au bout d'une heure de repos, faire une seconde application de l'instrument, qu'on laissera en place une heure encore.

5° Enfin, si au bout de ce temps on constate, par la mesure de l'écartement des branches puis par le toucher vaginal, que la dilatation n'a pas progressé, il est inutile d'insister; l'écarteur échouera comme ont déjà échoué (en partie) la bougie ou le ballon qui l'ont précédé. N'oublions pas que pourtant le travail est en train et que la dilatation a en moyenne ou au moins la dimension d'une pièce de 5 fr.

6° Alors sans plus tarder, car toute temporisation serait désormais nuisible, on anesthésie la femme; on complète la dilatation de l'orifice à l'aide des doigts (1); puis, séance tenante, on extrait le fœtus au moyen d'une application de forceps ou d'une version suivant le cas.

Il me paraît essentiel, en effet, dans l'intérêt du fœtus, de ne pas laisser le travail durer trois, quatre et cinq jours. 36 ou 48 heures sont des limites qu'il ne faut pas dépasser. En ne faisant pas plus de deux applications de l'écarteur, on arrive à terminer l'accouchement, en général au bout de 20 à 30 heures au plus. Une intervention (forceps ou version) bien conduite, et surtout après une étude sérieuse du bassin maternel et de la tête fœtale, ne saurait être plus nuisible que l'expectation prolongée ; tout au contraire, elle évite à la mère un excès de fatigue inutile et, au fœtus, les dangers très réels de la prolongation exagérée du travail, dangers provenant de l'infection amniotique, de la rétraction utérine, de la procidence ou latérocidence du cordon ombilical etc., etc.

(1), Voir DEMELIN. *De la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant l'accouchement : l'Obstétrique,* 15 juillet 1898.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Pathologie et thérapeutique de l'obstruction intestinale aiguë. (*Archives russes de Chirurgie*, 1898). — TÉCHEIDLER expose 17 cas d'intervention chirurgicale dans différentes formes d'étranglement intestinal interne. Au point de vue anatomique, les 17 cas se divisent ainsi que suit :

4 cas d'étranglement de caractère herniaire.
4 cas de volvulus.
5 cas d'étranglement à la suite de péritonite ancienne.
2 cas d'étranglement à la suite d'une néoformation maligne de l'intestin.
2 cas d'invagination déterminés par des tumeurs.

De sorte que dans 9 cas c'étaient des modifications péritonéales qui étaient la cause la plus directe de l'étranglement.

L'histoire du malade a fourni en général peu de renseignements : on a souvent noté la diarrhée; au contraire, dans le volvulus, une constipation chronique était fréquente.

Le traitement a consisté en l'ouverture de la cavité abdominale.

Dans 5 cas, on a été obligé de pratiquer la résection ; la ponction intestinale a été faite dans 6 cas, l'incision de l'intestin, dans 1 cas.

Quant aux résultats obtenus ils ont été les suivants :

Guérison dans 8 cas.

Mort dans 9 cas (ce qui fait 52,5 0/0 de mortalité).

Ce chiffre très élevé de la mortalité dépend de deux causes: d'abord de ce que l'intervention a été par trop tardive, ensuite de la gravité de la maladie elle-même. Il est incontestable que l'étranglement est la forme la plus dangereuse, et cette forme s'est rencontrée dans 8 cas sur le chiffre total de 17.

La cause immédiate de la mort a été :

Pneumonie.	1 cas.
Phénomènes péritonéaux d'avant l'opération.	4 cas
Collapsus post-opératoire. .	2 cas
Atonie intestinale.	1 cas.
Autre obstruction intestinale non supprimée par l'opération.	1 cas.

Ajoutons que l'auteur suivait dans ses interventions les règles de l'asepsie sèche.

B. TAFT.

Traitement chirurgical des tumeurs primitives du mésentère de l'intestin grêle (*Medicinskoïé Obosrenié*, nº 6, 1898). — Voici quelles sont les conclusions auxquelles arrive FILIPPOFF.

1º La ponction exploratrice doit être absolument abandonnée comme une méthode non scientifique et dangereuse ;

2º Le seul traitement des tumeurs mésentériques c'est le traitement chirurgical; plus tôt on intervient, mieux cela vaut, surtout dans les cas de tumeurs malignes;

3º La résection complète d'une tumeur kystique ne peut être pratiquée que lorsque son volume est peu considérable et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences solides entre l'intestin et les tissus voisins. Dans le cas contraire, il vaut mieux suturer le sac à la peau et vider ensuite son contenu. Lorsqu'il a des adhérences solides, chaque cas peut présenter des particularités au point de vue de l'intervention opératoire. Si le mésentère présente des lésions très graves, il vaudra mieux réséquer la portion correspondante de l'intestin. Si l'on risque de léser l'artère mésentérique supérieure on fera bien de laisser à la base une portion du néoplasme, à condition, toutefois, que celui-ci ne soit pas malin ;

4º Le traitement opératoire, dans les tumeurs kystiques du mésentère donne des résultats fort satisfaisants ; ils sont, au contraire, bien moins favorables dans les tumeurs solides. Mais étant donné que la terminaison fatale de la maladie est inévitable et rapide, on doit toujours tenter une opération si, bien entendu, il n'existe pas d'obstacles insur-

montables pour la réalisation de la tentative opératoire. Comme dans les néoformations malignes les métastases sont possibles, il est nécessaire d'éloigner tous les ganglions suspects, même des ganglions rétropéritonéaux. L'auteur met en garde contre la laparotomie exploratrice qui est souvent pratiquée sans examen clinique soigneux préalable. A la fin de son travail, Filippoff cite 129 observations.

B. TAFT.

Traitement médical de l'appendicite, par ELMER LIE (*Phil. med. Journ.*, 18 juin 1898, p. 1143). — L'auteur pense que la chirurgie joue un trop grand rôle dans l'appendicite; le traitement médical peut rendre de grands services aux débuts. Il emploi des irrigations froides du colon, donne de grandes quantités d'eau, emploie l'hydrothérapie contre la fièvre et les serviettes glacées contre la douleur.

Le Dr Wahrer préfère un bon médecin à un mauvais chirurgien; mais un bon chirurgien est encore le meilleur.

A. CHASSEVANT.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Remarquables effets du traitement de la pneumonie lobaire par les lavements de créosote, par SCHOULL (*Journal des Praticiens*, no 30, p. 466, 1898). — Le Dr Schoull relate trois cas de pneumonie terminés par la guérison, au cours desquels il a administré la créosote en lavement dans du lait, à la dose de 40 gouttes par jour, en deux lavements.

Il attribue la guérison à la thérapeutique suivie, ce qui est très difficile à contrôler, la pneumonie étant au nombre de ces maladies qui guérissent souvent spontanément ou malgré le médecin!

G. LYON.

Traitement des hémorroïdes (*Medicinskoïé Obosrénié*, no 6, 1898). — Le Pr SOUBBOTINE consacre un long travail aux hémorroïdes. Après avoir exposé l'étiologie, le diagnostic, la pathogénie, il arrive au traitement. A ce point de vue, l'auteur distingue deux grandes catégories : *a*) cas légers ; *b*) cas graves. Dans les premiers cas on a recours au traitement non opératoire qui consiste à supprimer les causes et à traiter les hémorroïdes localement. Soubbotine préconise le massage du rectum (avec un ou deux doigts pendant 2 à 4 minutes, tous les deux jours). Pendant le massage on cherche à dilater le rectum. Au bout d'un certain temps on pratique le massage tous les jours et le traitement dure en tout de 3 à 5 semaines.

Si la muqueuse anale est très sensible, on la badigeonne préalablement avec une solution de cocaïne à 4 0/0.

Pour faire disparaître le catarrhe et l'obstruction du rectum, l'auteur préconise les lavements et les lavages rectaux. Les lavements sont faits avec de l'eau stérilisée (on introduit 3 à 4 verres d'eau à la température ambiante). On fait ces lavements tous les jours pendant deux ou trois semaines. Si le catarrhe est très intense, on a jouteaux lavements des lavages de l'intestin à travers un spéculum bivalve. Pour les lavages, on ne prend pas moins de dix verres d'eau bouillie tiède. Le malade peut faire ces lavages lui-même en se servant d'une grosse canule utérine. Les lavages sont faits tous les jours et cela après un lavement préalable. Pour supprimer les douleurs, Soubbotine recommande d'introduire dans l'anus un petit tampon d'ouate trempée dans une solution de cocaïne à 4 0/0. Pour maintenir la propreté on recommande au malade d'essuyer l'anus avec de petites mèches humides de toile, de gaze ou d'ouate hydrophile. Il faut veiller à la régularité des fonctions intestinales. Pour cela l'auteur recommande le massage du ventre sous forme de frictions pendant 10 à 15 minutes avant que le malade se couche, On prescrit encore un régime, un travail manuel quelconque et de la gymnastique, et l'on conseille au malade une vie régulière.

Grâce à ce traitement, des dilatations veineuses peu prononcées et récentes peuvent disparaître totalement.

Les hémorroïdes graves exigent toujours un traitement chirurgical.

En se basant sur son expérience personnelle, sur des observations faites pendant 15 ans, l'auteur recommande chaudement la dilatation forcée de l'anus, à l'aide du dilatateur de Trélat.

Toutes les autres méthodes de traitement (excision, cautérisation, etc.), sont au moins inutiles et amènent souvent des complications graves.

La dilatation de l'anus est toujours pratiquée sous le chloroforme, le malade étant couché sur le côté gauche. La dilatation faite dans les divers diamètres de l'anus est très énergique. La dilatation faite, on n'introduit

rien dans l'anus et l'on recommande au malade de garder le lit pendant 3 à 4 jours.

Au bout de 3 à 6 semaines il ne reste ordinairement pas traces d'hémorroïdes. L'auteur cite quelques cas où, 10 ans après l'opération, il ne s'est pas produit de récidive. La récidive est du reste impossible après la dilatation, car les parois internes des veines soumises à la dilatation adhèrent l'une à l'autre et les bourrelets variqueux disparaissent totalement.

Si les hémorroïdes se compliquent de prolapsus rectal, Soubbotine a recours à la dilatation forcée avec excision des bourrelets hémorroïdaires et des plis de la muqueuse. Les plaies sont suturées au catgut. Un tampon stérilisé est introduit dans l'anus après l'opération : cette dernière est faite presque à blanc. Le traitement postopératoire est le même que ci-dessus.

La suppuration est très rare, et ne se produit que lorsqu'on a commis une faute contre l'asepsie.

B. TAFT.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE
Ancien interne des hôpitaux

Athétose et tænia saginata (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 30, 1898). — RUEDEL publie une observation concernant une jeune fille de 13 ans, chloro-anémique depuis quelques mois, qui présenta inopinément des contractions spasmodiques dans le domaine des extrémités, surtout du côté droit : les accidents paraissaient sous forme de crises diurnes de courte durée, séparées par quelques jours calmes. Les mains et les pieds, au cours des crises, prenaient la position de l'extension forcée ; ces mouvements étaient franchement athétosiques.

Les toniques prescrits ne produisirent aucune modification : sur les instances de l'entourage, et bien qu'aucun symptôme ne parlât en faveur d'helminthiase, Ruedel se décida à prescrire l'extrait éthéré de fougère mâle : il y eut expulsion d'un tænia saginata complet.

Depuis ce moment, les crises d'athétose ont disparu ainsi que la chloro-anémie : la guérison date de trois mois. L'auteur conclut en conséquence à une relation directe de cause à effet entre la présence du tænia et les troubles observés.

E. VOGT.

Traitement de l'hystérie infantile (*Thérapeutique russe*, n° 4 et 5, 1898). — L'hystérie infantile se distingue par la prédominance des formes monosymptomatiques, des formes où un trouble local quelconque de sensibilité ou de mobilité est particulièrement prononcé.

Parmi les formes fréquentes de l'hystérie infantile signalons : aphonie, aphasie, inappétence absolue, astasie-abasie, chorée hystérique, toux aboyante rappelant la coqueluche.

Le caractère hystérique chez les enfants est caractérisé par l'amour-propre hystérique et l'exagération des réflexes psychiques.

Le caractère hystérique *exige un traitement médico-pédagogique spécial*.

A l'exagération des réflexes psychiques, il faut opposer une résistance opiniâtre, parfois même, certaines mesures coërcitives, particulièrement l'isolement.

D'une façon générale, le traitement de l'hystérie chez les enfants se compose de deux sortes de moyens généraux et symptomatiques. Aux premiers se rapporte le placement à l'hôpital, pour soustraire l'enfant aux conditions domestiques défavorables, ce qui est particulièrement nécessaire dans les cas d'hystérie grave.

Le traitement psychique joue un rôle considérable dans le traitement. Cependant la suggestion hypnotique ne serait pas applicable chez les enfants.

B. TAFT.

De la craniectomie dans le traitement de l'idiotie et de l'épilepsie, par M. BOURNEVILLE, de Paris (*Congrès français des aliénistes et neurologistes*). — Communication importante, avec pièces anatomiques et observations nombreuses qui permettent à l'auteur d'établir que la *craniectomie* ne donne aucun résultat favorable dans le traitement de l'idiotie et de l'épilepsie; tout au plus obtient-on quelques rémissions trompeuses. Le principe lui-même de la craniectomie est faux, puisqu'on cite des épileptiques présentant de larges perforations congénitales du crâne. Bien plus, la craniectomie est nuisible, en produisant consécutivement de l'ostéite hyperplasique et de la méningo-encéphalite au pourtour de la plaie opératoire. Si l'intervention chirurgicale est impuissante à guérir de telles névroses, il ne s'ensuit pas qu'elle soit toujours contre-indiquée. M. Bourneville produit, en effet, une calotte crânienne, appartenant à un épileptique mort à Bicêtre, et sur laquelle on voit une pointe osseuse comprimant le cerveau, au sommet du crâne. Il suit de cette communication que l'épilepsie symptomatique serait seule curable par l'opération; encore faut-il

pouvoir établir le diagnostic; pour les cas semblables à celui qu'il cite, l'examen des projections du crâne aux rayons X semble devoir être conseillé aux chirurgiens, avant de rien entreprendre.

AUG. BENOIT.

Traitement de la sciatique (*Centralblatt f. d. ges. Therapie*, septembre 98). — HIRSCHKORN dispose d'un nombre considérable d'observations de sciatique, et croit pouvoir diviser cette affection en deux groupes principaux : 1° groupe des cas à début brusque ; 2° groupe des cas à début lent. Il va sans dire que cette division est toute artificielle et ne présente d'intérêt qu'au point de vue de la thérapeutique à instituer.

1er *groupe*. Si le malade supporte le lit, il faut lui défendre de se lever, prescrire des analgésiques internes et faire des frictions, *loco dolenti*, avec :

Essence de térébenthine. } Huile de jusquiame.... }	ââ 5 gr.
Cire blanche.....	2 gr.
Onguent simple	40 gr.

Us. Ext.

Pour la nuit, un suppositoire contenant 2 centigrammes de morphine, et des enveloppements humides. On plonge la moitié d'un caleçon (du côté de la jambe malade) dans de l'eau à 18°, on exprime et le malade revêt ensuite le caleçon : par-dessus une couverture de laine, de façon à entretenir autour du membre malade une atmosphère chargée d'humidité. Cette application, qu'on peut renouveler au milieu de la nuit, exerce une action sédative très nette. Au bout de quelques jours, on appliquera le caleçon humide jour et nuit. Il faudrait bien se garder, dans les cas tout à fait aigus, de donner des bains chauds : cette règle n'est pas applicable aux cas du second groupe, qui retirent parfois quelque bénéfice de l'emploi de la balnéation chaude.

Le massage, pour les cas du 1er groupe, ne doit jamais être conseillé, alors qu'au contraire, dans les cas du 2e groupe, il constitue la médication la plus efficace.

L'électricité donne parfois des résultats satisfaisants pour les cas du 2e groupe, mais en général elle semble peu indiquée.

Quelle que soit l'issue du traitement, le malade ne doit pas oublier que son nerf sciatique ne retrouve jamais son état normal : il en résulte que toute fatigue exagérée (bicyclette, courses de montagne, etc.) doit être sévèrement proscrite même si la guérison complète a été obtenue facilement.

E. VOGT.

Ophtalmologie

Dr KOPFF

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

De la xérose et de son traitement. (*Wratsch*, no 49, 1897). — NESNAMOFF après avoir étudié la pathogénie et l'étiologie de la xérose, est arrivé à cette conclusion importante, que le traitement doit poursuivre deux buts : 1° donner la possibilité aux larmes de baigner la conjonctive et la cornée ; 2° augmenter la sécrétion lacrymale en déterminant l'irritation des branches sensitives du trijumeau qui sont distribuées en dehors de la région oculaire.

Pour atteindre le premier but, il faut dissoudre la sécrétion séborrhéique qui recouvre la surface de la cornée et l'enlever ; pour arriver au deuxième but, il est nécessaire d'irriter de temps en temps la muqueuse nasale par des substances irritantes.

Voici comment procède l'auteur.

Après avoir lavé l'œil avec la solution physiologique de chlorure de sodium mélangée d'un peu d'eau et enlevé le mucus, il lave la surface de la cornée et de la conjonctive avec de l'éther ; le second lavage a pour résultat de dissoudre la couche graisseuse. L'éther provoque une légère irritation et une rougeur assez notable, mais en somme n'a aucune conséquence fâcheuse pour l'œil. A la suite du lavage à l'éther on constate les phénomènes suivants : la cornée devient brillante, lisse et égale ; la conjonctive perd son aspect antérieur, devient plus humide ; toute la surface oculaire est baignée abondamment de larmes ; les mouvements des paupières s'accomplissent librement.

Pour augmenter la sécrétion lacrymale, l'auteur prescrit au malade d'aspirer soit de l'ammoniaque, soit de l'huile de moutarde. C'est l'ammoniaque qui s'est montrée le moyen le plus efficace et le plus commode. Après deux ou trois aspirations d'ammoniaque, les larmes sont sécrétées en quantité abondante et l'œil reste parfaitement humide pendant environ deux heures.

Pendant les premiers jours du traitement, il faut aspirer l'ammoniaque 5 à 6 fois par jour ; plus tard on pourra diminuer le nombre d'aspirations, en ne les faisant que deux ou trois fois par jour. Sous l'influence de cette irritation violente, les glandes lacrymales s'hypertrophient, d'où il résulte que, par la suite, elles fonctionnent d'une façon plus intense et avec des irritations relativement légères.

L'auteur cite deux autres cas de kérite grave et ancienne où le procédé [illegible] lui a donné un résultat très satisfaisant.

B. Taft.

Ophtalmie diphtérique et sérothérapie. par Lagrange. *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 3 décembre 1897. — M. Lagrange reste dans le domaine d'ophtalmologie pour nous rapporter un nouveau cas de guérison à qui l'injection du sérum fut pratiquée 60 heures seulement après l'entrée à l'hôpital et alors qu'on attendait pour faire l'injection le résultat des cultures. Les fausses membranes se détachèrent rapidement, mais les cornées restèrent infiltrées et il se produisit un leucome total. Chez le second enfant âgé de huit mois, le résultat fut meilleur, une seule cornée fut perdue pour la vision; il est vrai que la première injection de sérum fut faite, dès que diagnostic clinique eût été établi.

Lagrange insiste sur l'importance, en pareil cas, du traitement sérothérapique immédiat. Sans doute, en intervenant ainsi, on s'expose à injecter du sérum à un sujet atteint de conjonctivite à fausses membranes sans bacilles de Loeffler, mais l'injection n'a aucune action fâcheuse.

G. Lyon.

Le Ptérygion et son operation (*Medicinsk. Obour.* nº 12, 1897). Gargle conseille pour recouvrir la plaie qui reste après l'ablation du ptérygion de se servir des plis de la conjonctive qui recouvrent toujours la face interne du ptérygion.

Ce procédé présente cet avantage qu'il n'en résulte pas une grosse cicatrice — qui détermine parfois l'immobilité du globe oculaire. D'un autre côté l'aspect que présentent les plis en question s'approche bien plus de l'aspect normal de la conjonctive que la face externe du ptérygion avec ses vaisseaux très développés.

L'auteur sépare le ptérygion de la cornée avec une spatule en commençant depuis le limbe, cette manière de procéder permet d'enlever d'un seul coup la couche marginale — ce qui est, comme on le sait, indispensable pour prévenir toute récidive. De cette façon il devient absolument inutile de recourir au thermocautère ou au curettage avec une curette tranchante, procédés habituellement employés pour la destruction de la couche marginale.

B. Taft.

Traitement de l'iritis par des injections sous-conjonctivales de sublimé [illegible] — [illegible] par des injections [illegible] de sublimé [illegible] de la sclérotique de [illegible] [illegible] [illegible] l'injection a été faite sous la muqueuse du [illegible].

Déjà après la première injection, on constata une amélioration du processus pathologique et au bout de 6 à 8 jours l'iritis a disparu complètement mais [illegible] cas, c'est-à-dire après 10 jours le traitement.

Dans un cas de traitement spécifique général appliqué au début de l'iritis aucun résultat appréciable, tandis que les injections de sublimé ont aussitôt déterminé une amélioration.

Fait à noter : ce sont les sensations subjectives désagréables qui disparaissent les premières; la vue s'améliore également, déjà à la suite de la première injection.

B. Taft.

Maladies du larynx du nez et des oreilles

Dr Castex

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Les sinusites aiguës de la face et leur traitement, par P. Trinité (*Thèse*. Paris, avril 1898). — Les affections inflammatoires des sinus de la face sont très fréquentes, bien qu'en apparence, au point de vue clinique, elles semblent rares ; cette discordance tient simplement à ce que, dans un certain nombre de cas, l'affection est latente ou que les symptômes observés sont attribués à tout autre chose qu'à une maladie du sinus maxillaire ou frontal. L'auteur rappelle que Gradenigo trouva, sur 100 cadavres pris au hasard, le sinus maxillaire malade 26 fois; on peut admettre que cette cavité est le siège de lésions 1 fois sur 4 ou 5 sujets.

Après un chapitre consacré à l'anatomie, M. Trinité montre la fréquence des sinusites et aborde alors la symptomatologie de ces affections ; rhinorrhée, douleurs, œdème, l'éclairage par transparence, le lavage explorateur par l'orifice normal du sinus maxillaire, la ponction exploratrice.

Le traitement médical suffit, dans beaucoup de cas, à guérir la sinusite aiguë ; les irrigations nasales, la douche d'air, les inhalations de menthol sont successivement passées en revue.

Pour pratiquer ces dernières, on jette une cuillerée à café d'une solution alcoolique de menthol à 4 0/0 dans un bol d'eau très chaude, et on inspire par le nez les vapeurs qui se dégagent, pendant 5 à 10 minutes, toutes les heures.

A. COURTADE.

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Therap. Monatshefte*, août 98). — HEERMANN se demande pour quelle raison, dans 40 0/0 environ des cas, on n'obtient pas une guérison définitive et un retour à la normale à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes. Comment expliquer cet insuccès, dans l'hypothèse que les végétations seraient vraiment la cause des accidents observés ? L'auteur incrimine l'hypertrophie des cornets : cette dernière à elle seule peut, du reste, provoquer le développement du type adénoïdien. On arrive facilement à distinguer deux types chez ces malades :

1° *L'adénoïdien primaire*, chez lequel l'ablation des végétations remet toutes choses à l'état normal, et l'*adénoïdien secondaire*. L'auteur conçoit de la façon suivante la genèse du second type : l'enfant est atteint d'un coryza qui devient chronique, les cornets s'hypertrophient et le nez ne laisse plus passer l'air. La stagnation des secrétions provoque une irritation de la troisième amygdale, qui s'hypertrophie à son tour. Les 40 0/0 d'insuccès ressortissent, pour Heermann, à cette dernière catégorie.

L'auteur, pour rechercher le bien-fondé de son hypothèse, a expérimenté sur de jeunes cobayes : au moyen de perles de verre introduites dans les narines, il a obstrué entièrement ces dernières, et a constaté, au bout de quelque temps, l'existence d'une hypertrophie considérable du tissu lymphoïde du pharynx chez les animaux en expérience ; ces derniers du reste, dégénéraient visiblement et présentaient une remarquable apathie.

La conclusion de ces recherches consiste, pour l'auteur, à examiner avant tout les fosses nasales de tous les adénoïdiens : si ces dernières présentent des modifications pathologiques, tout l'effort thérapeutique doit porter en premier lieu sur elles ; une fois les cavités nasales guéries, on se trouvera dans d'excellentes conditions opératoires et l'on n'aura plus à craindre, en enlevant les végétations, de n'obtenir qu'un résultat passager ou nul, sous réserve, cela va sans dire, de l'existence de la tuberculose chez ces malades.

E. VOGT.

Traitement des corps étrangers de l'oreille, par DUCHESNE (*Le Scalpel*, 24 juillet 1898). — L'auteur les divise en liquides et en solides Les premiers sont simplement absorbés à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile.

Les corps solides peuvent être vivants, comme les divers petits animaux qui peuvent pénétrer dans le conduit, ou inertes comme ceux qui comprennent la catégorie, de beaucoup la plus nombreuse, des corps étrangers à extraire.

Les insectes sont expulsés avec une injection d'eau tiède, comme, du reste, la plupart des corps inertes, sauf la ouate et les corps pâteux.

Pour recourir aux instruments, tels que leviers, crochets, pinces, anse froide, il faut absolument éclairer l'oreille pour guider son instrument, sinon on s'expose à de graves lésions du méat ou de la caisse.

Si l'usage de ces instruments ne suffit pas, l'auteur conseille de recourir au décollement du pavillon, auquel on ne devra recourir, à notre avis, que lorsque les tentatives d'extraction, faites sous le chloroforme, sont restées infructueuses, ce qui est extrêmement rare ; pour notre compte nous n'avons jamais eu à recourir, jusqu'à présent du moins, au décollement du pavillon.

A. COURTADE.

Sarcome ossifiant de l'oreille moyenne chez un enfant de 8 ans, par E. MÉNIÈRE (*Soc. de laryngol. de Paris*, avril 1898). — L'enfant avait eu, à l'âge de 3 ans, une otite moyenne suppurée gauche qui fut guérie, mais récidiva, à 6 ans, dans le cours d'une grippe.

La tumeur se présenta tout d'abord, sous la forme d'un polype volumineux du conduit, dont l'extraction partielle fut suivie de récidive en quelques jours.

Une opération plus radicale, pratiquée par M. Segond, n'eut pas de succès définitif, car la tumeur développée dans les cellules mastoïdiennes bourgeonna avec une telle rapidité, que, 4 mois après, elle atteignait le volume de la tête d'un nouveau-né. L'enfant mourut dans le coma 6 mois après le début apparent de l'affection.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par Cornil et Letulle, montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

A. COURTADE.

Laryngite aiguë suffocante guérie par le tubage prolongé, par VARIOT (*Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, août 1898). — Il s'agit d'un enfant de 2 ans 1/2, amené à l'hôpital Trousseau avec des signes de laryngite aiguë et de spasme de la glotte : tirage notable, toux rauque, voix à peu près éteinte.

L'enfant avait été pris de broncho-pneumonie trois semaines avant, et il y avait 8 jours que les symptômes de laryngite avec spasme glottique étaient apparus.

Il n'y avait rien dans le nez ou le pharynx qui pût faire croire à la diphtérie.

M. Variot pratiqua une dilation momentanée avec le tube d'O'Dwyer, qu'il retira au bout de 5 minutes; le cornage avait diminué et la respiration était plus libre.

Quelques heures après, l'enfant fut rapporté à l'hôpital, en proie à une dyspnée des plus intense qui disparut après l'intubation. L'extraction du tube, tentée les jours suivants, fut suivie, à nouveau, de dyspnée; ce ne fut que le 6e jour que l'enfant put se passer définitivement du tube.

A. COURTADE.

Epithelioma du larynx. Extirpation totale du larynx, sans trachéotomie préalable, par le procédé Périer. Guérison par JONNESCO. (*La Clinique*, juillet 1898). — L'auteur fait une communication à la Société de Chirurgie de Paris (20 avril 1898), sur le cas d'un homme de 45 ans atteint d'un épithelioma du larynx, auquel il a pratiqué la laryngectomie totale par le procédé de Périer.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes, Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement du lupus érythémateux (*Deutsche med. Zeitung*, 22-25 août 1898). — UNNA ne se déclare pas convaincu par les arguments que Besnier, Hallopeau, Jamieson, etc., ont mis en avant au sujet de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux : en tous cas, il considère que la question de l'étiologie ne joue, dans le cas spécial, aucun rôle au point de vue du traitement à instituer. L'histologie pathologique, au contraire, doit servir de guide à la thérapeutique, si cette dernière veut sortir de l'empirisme, quand il s'agit de cette affection d'allures si spéciales. Alors que la couche épidermique est remarquablement sèche, d'aspect corné, on trouve sous elle un derme œdématié, ramolli, sans résistance : aussi ne sera-t-on pas étonné de voir parfois une simple onction épidermique provoquer un œdème inflammatoire considérable dans la couche sous-jacente. Selon l'expression pittoresque d'Unna, on se trouve en présence d'un terrain couvert d'une végétation touffue, d'aspect solide, et ce n'est qu'en s'engageant sur ce terrain qu'on s'aperçoit qu'il recouvre un marécage.

Il faut en conséquence ne tenir aucun compte de l'aspect desséché de l'épiderme, *et ne s'adresser qu'à une médication siccative*; il faut en outre bien se garder d'employer aucun topique capable de provoquer de l'hyperémie inflammatoire.

1° *Médication interne* : Les substances suivantes donnent seules des résultats satisfaisants : le carbonate d'ammoniaque, l'ichthyol, le salicylate de soude. Mais la médication interne à elle seule ne peut amener une guérison, alors que les topiques seuls peuvent enregistrer des succès.

2° *Médication externe*. *a*) *siccatifs*. — Un topique doux est constitué par le mélange suivant :

Oxyde de zinc.....	ââ 2 gr.
Bol d'Arménie.....	
Bol blanc.....	ââ 3 gr.
Carbonate de magnésie..	
Fécule de riz.....	10 gr.

Us. ext.

Ou encore :

Pâte de sulfure de zinc....	20 gr.
Résorcine.....	ââ 1 gr.
Ichthyol	

Us. ext.

b) *Médication compressive*. — Le collodion, la colle de zinc, le gélanthum, les masques compressifs. On peut ajouter au collodion de petites quantités d'ichthyol, d'acide salicylique; au gélanthum, des doses légères (1 00/00) de potasse caustique. L'action de ces topiques (2 à 4 applications par jour) est souvent remarquable, à condition que le collodion ne soit pas acide. Dans les cas indolents, on prescrira :

Collodion	20 gr.
Savon mou de potasse.....	2 à 4 gr.

Us. ext.

Ou encore :

Collodion	20 gr.
Savon mou de potasse.....	2 gr.
Acide salicylique.....	2 gr.

Us. ext.

Dans les cas où existe de l'irritation :

Collodion ..... 20 gr.
Ichthyol ..... 5 gr.
Us. ext.

c) Médication anémiante. — Pyraloxine, chrysarobine oxydée, mercure, pyoctanin, etc., savons et alcalins, galvanocautère.

La pyraloxine est un pyrogallol oxydé privé de toute propriété irritante ou toxique. Le mercure sera employé à l'état métallique, sous forme d'emplâtre ou de savon.

Les alcalins seront employés en compresses humides (alcalins ou leurs carbonates à faibles doses). La pyraloxine et la chrysarobine oxydée seront mélangés à la pâte de zinc, aux doses de 10 0/0 environ.

Il faut dans tous les cas éviter les corps gras, qui provoquent presque toujours des poussées érythémateuses.

Le galvanocautère, employé avec mesure, et combiné aux autres traitements, constituera un adjuvant précieux.

d) Médicaments provoquant la nécrose. — Utiles dans les cas où une couche épidermique épaisse empêche les médicaments usuels d'agir. On prescrira p. ex. :

Pâte de zinc.
Résorcine.
Ichthyol. ââ
Us. ext.

On peut encore provoquer la formation d'ulcérations, au moyen de pommades au pyrogallol, du sublimé, etc., ou au moyen du Paquelin. Mais Unna a abandonné cette méthode qui lui semble favoriser les récidives.

En présence d'un lupus érythémateux, il faudra toujours commencer par les topiques doux ; on ne passera à une médication plus active qu'en cas d'insuccès total ou partiel. Les différentes médications nettement classées, seront utilisées dans chaque cas particulier suivant les indications et la marche de l'affection.

E. Vogt.

Un cas de lupus érythémateux guéri par le procédé Joseph Schitze (*Egenedelnik* 1898, n° 12). — Zibergon a eu l'occasion d'appliquer le procédé de Joseph Schitze chez une jeune fille de 17 ans atteinte depuis 4 ans de lupus.

On sait que ce procédé consiste en badigeonnages avec la liqueur de Fowler.

On se servit d'abord de solutions arsenicales peu concentrées, (10 0/0 de liqueur de Fowler) dont on augmente la concentration progressivement jusqu'à ce qu'on arrive à la liqueur de Fowler pure.

Ordinairement, au bout de 5 à 6 jours de traitement (deux badigeonnages par jour), on obtient une réaction inflammatoire qui disparaît au bout de 7 à 8 jours. Lorsque la réaction s'arrête, on recommence les badigeonnages.

Après un certain laps de temps la peau malade s'habitue à l'arsenic et la réaction inflammatoire ne se reproduit plus, à moins toutefois qu'on n'augmente la concentration de la solution employée pour les badigeonnages.

Après l'arrêt de la réaction inflammatoire on constate une desquamation de l'épiderme et un retour progressif à la coloration normale de la peau.

La malade en question s'est rétablie complètement après 5 mois de traitement.

B, Taft.

Traitement des maladies vénériennes (*Medicinskoïé Obosrenié*, n° 6, 1898). — Dans un travail fort complet sur les maladies vénériennes, le Pr Gué fait connaître les méthodes thérapeutiques qu'il emploie depuis de longues années.

Dans le traitement des urétrites chroniques, l'auteur emploie avec succès de profonds lavages de l'urèthre avec une solution de nitrate d'argent, dont la concentration est de 0,10 pour 500 au début et portée progressivement à 1,60-2 gr. pour 500. Ces lavages sont faits tous les jours (concentration faible) ou tous les deux jours (concentration forte).

Lorsque tous les phénomènes de blennorrhagie disparaissent, on diminue progressivement la concentration de la solution jusqu'à arriver à la concentration initiale. Les lavages sont faits lentement, la sonde ne doit pas être épaisse. L'auteur recommande particulièrement le cathéter en soie de Tompson, nos 5-7.

L'auteur nie absolument l'existence du rhumatisme blennorrhagique, dont il n'a jamais observé un seul cas sur des milliers de cas de blennorrhagies. Le rhumatisme peut évidemment exister chez un individu atteint de blennorrhagie, mais on ne saurait établir aucun lien étiologique entre les deux affections.

Parmi les moyens thérapeutiques internes, l'auteur préconise particulièrement au début, lorsque le traitement local est contre-indiqué, l'acide salicylique et le salol. L'acide salicylique est administré à la dose de 0.50 — 0,60 centigr. 5 fois par jour, le salol à la dose de 0,50 toutes les deux heures.

Dans le traitement de la syphilis les injections mercurielles ont donné des résultats particulièrement favorables.

[illegible]

Sérothérapie de la syphilis (*Thèse de Saint-Pétersbourg* 1897). — Le travail de Sorokine contient une série d'expériences, sur le traitement de la syphilis accidentelle par les injections sous-cutanées de sérum de chevaux mercurialisés.

Pour préparer le sérum anti-syphilitique on fit à des chevaux des injections intra-musculaires de calomel jusqu'à ce qu'il se produisit de la salivation, après quoi on les saignait.

Le sérum ainsi obtenu était stérilisé et l'analyse chimique y montrait la présence du mercure.

Avec ce sérum on a fait des injections à 12 malades présentant différents accidents syphilitiques. Avant de commencer le traitement on examinait soigneusement les malades et l'on déterminait surtout la composition du sang. Les injections étaient pratiquées tous les deux ou trois jours ; cependant elles ne pouvaient être faites avec grande régularité à cause de différents accidents qu'elles provoquaient : érythème, troubles gastriques, élévation de température, douleurs plus ou moins localisées, etc.

Voici ce qu'on constate : chez ces malades le nombre des globules rouges diminue, il en est de même pour la quantité de l'hémoglobine et le poids spécifique du sang; parmi les globules blancs, le nombre des formes jeunes diminue tandis que celui des formes adultes augmente.

Les accidents secondaires ont disparu mais il ne faut considérer cette disparition que comme une amélioration apparente étant [illegible]

[illegible]

B. TAFT.

Cachexie cancéreuse dans le cancer des paupières et de la face [illegible] — [illegible] et de la face et à [illegible] et [illegible] dans deux cas [illegible] les deux autres [illegible]

[illegible] une seule [illegible] solution à [illegible] d'eau [illegible] Dans un cas on a fait [illegible] au bout de [illegible] En outre de ces injections [illegible] on a mis [illegible] et des tampons trempés dans une solution à 5 0 0 0 d'extrait. Après l'injection on a observé une douleur très intense qui dura de 3 à 4 heures et un frisson.

B. TAFT.

Le salicylate de nicotine (endermol) et son emploi dans les cas de scabiès (*Therap. Monatshefte*, août 98). — Le Dr MAX WOLTERS, de Bonn, a eu l'occasion d'expérimenter le salicylate de nicotine, qui se présente sous l'aspect de cristaux incolores, transparents, facilement solubles dans l'eau et les dissolvants ordinaires.

67 malades atteints de scabiès ont été soumis à des frictions au moyen de pommades à base de lanoline contenant 0.1 0 0 de substance active. Dans 64 cas, il a suffi d'une unique friction pour obtenir une guérison radicale : chez 3 malades, les démangeaisons persistaient encore dans une faible mesure après la 2e friction. Il fallut, dans ces derniers cas, faire 6 frictions pour atteindre un résultat curatif complet. Pour plus de sûreté, on fit 4 frictions en tout chez les 64 malades dont nous venons de parler. 3 malades se représentèrent à nouveau au bout d'un certain temps: l'enquête démontra qu'il ne s'agissait pas de récidives, mais bien d'attaques nouvelles.

Le traitement a été très bien supporté, sans distinction d'âge ou de sexe; il n'y eut jamais de phénomènes d'intoxication, alors que le savon à la nicotine en provoque parfois.

Les avantages de la méthode sont l'absence de toxicité et de dermatites consécutives à l'em-

ploi de la pommade; la préparation ne dégage aucune odeur, elle n'abîme pas le linge, et la faible concentration de la pommade permet de l'obtenir à un prix raisonnable, ne s'opposant pas à l'emploi sur une grande échelle dans des établissements hospitaliers, etc.

E. VOGT.

Traitement du chancre mou (*Thérapeutique russe*, n° 2, 1898). — Le but principal qu'on se propose d'obtenir dans le traitement du chancre mou consiste, comme on sait, à transformer l'ulcère chancrelleux en un ulcère purement granuleux : il en résulte que, plus vite on arrivera à faire disparaître dans le chancre les bacilles pathogènes de Ducrez, plus vite l'ulcère se cicatrisera.

En partant de ce point de vue, ISTAMANOFF examinait tous les jours la sécrétion du chancre soumis au traitement par différentes substances pharmaceutiques, de façon à pouvoir déterminer en combien de temps telle substance pharmaceutique faisait disparaître le bacille.

Il a conclu de ses recherches que la première place appartient incontestablement à l'acide phénique pur : l'application de cette substance, répétée deux à quatre fois, suffit pour faire disparaître complètement le bacille de Ducrez dans le chancre mou.

B. TAFF.

Maladies des voies urinaires

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Tumeur volumineuse du rein gauche (2 kilos 500) **chez un enfant de seize ans. Nephrectomie. Guérison**, par BILHAUT (*in Rev. Médicale*, 1898, p. 193). — C'est l'histoire d'un garçon de 16 ans ayant présenté, 4 ans auparavant, de l'hématurie, devenu paraplégique, incontinent d'urine, grosse tumeur du rein gauche, et présentant un état général mauvais. La néphrectomie transpéritonéale, permit l'ablation d'un rein avec poches (2 kg. 500) dont la lésion n'est pas bien caractérisée. Guérison.

E. CHEVALIER.

Résection partielle du rein avec autoplastie, par ALBARRAN (*Acad. Méd.* 26 juillet, 1898). — Chez une femme ayant une hydronéphrose, Albarran réséqua la portion du rein dans laquelle l'urine stagnait, et fit une autoplastie pour rétablir le cours normal de l'urine. Guérison.

E. CHEVALIER.

Cystocolostomie pour exstrophie vésicale (*Académie de Méd.*, 12 juillet 1898), par L. TUFFIER. — Opération autoplastique ayant consisté à disséquer l'exstrophie, extirper la muqueuse sauf un lambeau comprenant le trigone, et finalement suturer cette portion, préalablement mobilisée, avec les urétères à une boutonnière de l'iliaque. Le sphincter anal, chez le malade en question, fait très convenablement l'office d'un sphincter vésical.

AUG. BENOIT.

Cystoscope de Fenwick et nouveau cystoscope de Nitze : cathétérisme des urétères, par LE CLERC (*in Clin. des Hôpit. de Bruxelles*). — C'est la description de deux cystoscopes dont celui de Nitze, pour cathétérisme des uréthères, est basé sur le principe de celui d'Albarran.

E. CHEVALIER.

Cystotomie sus-pubienne dans le prostatisme, PONCET (*Ac. Méd.*, août 1898). — C'est 10 ans de pratique et le résultat de 114 opérations que Poncet, dont nous avons déjà analysé ici les travaux sur ce sujet, expose. Il reste partisan décidé de son opération.

E. CHEVALIER.

Quelques remarques à propos de la dilatation dans l'uréthrite chronique. BOCK (*in Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, p. 513.). — L'auteur conseille la dilatation faite avec douceur et le traitement topique tonique associé, dans les uréthrites chroniques.

E. CHEVALIER.

Traitement de blennorrhagie d'après le procédé de Janet (*Wratsch*, n° 20, 1898). — VERJBITZKY formule à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Le procédé de Janet donne des résultats tellement favorables que la question du trai-

tement de la blennorrhagie peut être considérée comme complètement résolue.

2° Les lavages doivent être faits absolument dans l'uréthre, sans craindre la douleur qu'ils peuvent provoquer.

3° Chez un certain nombre de malades, le liquide injecté ne peut pas venir à bout de la contraction du sphincter. Il faut dans ces cas s'armer de patience, car dès qu'on réussira une première fois, la pénétration du liquide se fera plus tard avec moins de difficultés.

4° Les lavages doivent être faits absolument en présence d'un médecin. La vessie ne doit jamais être par trop remplie, car il peut en résulter une cystite.

5° La solution doit être tiède.

L'élévation de l'injection doit être faite mécaniquement, car si l'on élève ou abaisse l'injecteur avec la main, il se produit des chocs qui peuvent déterminer une contraction de la vessie qui auront pour résultat de refouler le liquide.

B. T.

Traitement du paraphimosis (*Medicina* n° 10, 1898.) — Dans les cas anciens, le traitement du paraphimosis est, comme on sait chirurgical dans la majorité des cas. Cela résulte de ce fait que le prépuce ayant comprimé fortement le gland, celui-ci, ainsi que le prépuce, s'œdématisent et il est impossible, par des procédés ordinaires, de recalotter.

En outre de l'œdème, il faut rappeler que la peau du gland et du prépuce s'épaissit, devient sèche, rude au toucher, ce qui rend encore plus difficile le recalottement. Cependant, même dans des cas anciens, on peut guérir le paraphimosis sans recourir à une intervention chirurgicale ; il suffit, pour cela, de faire disparaître l'œdème ainsi que la résistance du côté du prépuce et du gland. VISSOKINISKY emploie le procédé suivant :

Le malade est placé sur le bord d'une chaise, les cuisses écartées ; le médecin prend la verge dans la main gauche, de façon à ce que les parties œdématisées se trouvent au centre de la main et exerce sur ces parties œdématisées une pression jusqu'à ce que le gland et le prépuce arrivent à avoir un volume normal (une pression pendant trois à quatre minutes est suffisante). La douleur provoquée par cette pression est insignifiante.

Ceci fait, on badigeonne abondamment, avec de la vaseline phéniquée, le gland et le prépuce, ainsi que toutes les fissures qui se trouvent entre ces deux parties ; on saisit la verge à la face postérieure du gland avec les trois doigts de la main gauche, l'on tire le prépuce en avant pendant que, avec l'index de la main droite on exerce une pression sur le gland en cherchant à le faire pénétrer à travers l'anneau formé par le prépuce. On arrive ainsi à guérir le paraphimosis. Vissokinisky a employé ce procédé avec succès dans un bon nombre de cas chez des enfants et adolescents.

Des ulcérations du prépuce ne constituent pas de contre-indication au procédé que nous venons de décrire, et l'auteur insiste sur la nécessité de l'employer avant de se décider à une intervention chirurgicale.

B. TAFT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

Traitement de la métrite post-puerpérale par le drainage (*Journal d'accouchements russe*, n° 2, 1898). — GEUSARTSCHEK a eu recours au drainage de l'utérus dans 115 cas de métrite post-puerpérale ; le drainage était pratiqué de la façon suivante :

La malade placée dans la position sacro-dorsale, les parties génitales externes et le vagin soigneusement aseptisés par une solution de sublimé à 1 pour 4000, on saisissait avec des pinces la portion vaginale de l'utérus, on aseptisait l'organe avec la solution susindiquée, après quoi on introduisait dans la cavité une bande de gaze iodoformée trempée préalablement dans de l'acide phénique et fortement épongée. La bande de gaze était introduite de telle façon que la cavité de l'utérus, et particulièrement celle du col, ne fussent pas par trop remplies, enfin l'extrémité de la bande était laissée dans le vagin. Le tampon était changé toutes les 12 ou 24 heures jusqu'à ce que les phénomènes morbides eussent disparu.

Les résultats obtenus ont persuadé l'auteur de l'excellence de ce mode de traitement dans la métrite post-puerpérale.

Le tampon de gaze exerce un excellent drainage pour les sécrétions de la cavité utérine ; en outre il maintient le col en dilatation, tandis que l'iodoforme inclus dans la gaze exerce une action antiseptique et fait disparaître l'odeur particulière des secrétions.

En résumé, la métrite cède rapidement au traitement, à la condition qu'elle soit localisée exclusivement à la muqueuse utérine.

Il en résulte qu'il faut recourir au tampon-

nement aussi tôt que possible. Dans les cas, au contraire, où la métrite s'est déjà compliquée d'une inflammation de tissus et organes voisins, il faudra pratiquer le tamponnement en prenant de grandes précautions ou, ce qui vaut encore mieux, s'en abstenir complètement.

Quant aux complications, l'auteur a pu se convaincre qu'elles sont excessivement rares; on peut dire qu'elles ne s'observent presque pas.

S'il y a des ulcères du col ou du vagin, cela ne constitue pas une contre-indication au tamponnement.

Si la malade, après l'introduction du tampon, est prise d'un frisson, en même temps que la température s'élève rapidement, que la fièvre persiste, il faudra enlever immédiatement le tampon. Si, au contraire, après l'introduction de la bande de gaze iodoformée, on observe un abaissement progressif de température, on peut laisser le tampon pendant 24 heures. Enfin si la température reste la même ou qu'elle manifeste une tendance à s'élever il faudra changer le tampon plus souvent, à savoir toutes les douze heures.

B. TAFT.

Restauration de l'urèthre et fermeture de la vessie de la femme, par RICHARDSON (*Boston med. and surg. Journ.*, 1898, p. 203). — Ingénieux procédé facile à exécuter, pour réparer les déchirures obstétricales de cette région. Cette méthode relève de la méthode de Thiersch pour l'épi et l'hypospadias. Un premier volet est taillé à droite; son bord adhérent est en bas, son bord libre en haut, de sorte que rabattu, il présente sa surface cruentée à gauche, sa surface muqueuse à droite. Du côté gauche de la fissure, second volet; le bord adhérent est en haut, le bord libre en bas, à l'inverse de ce que l'on a fait du côté opposé. On place alors une sonde dans l'urèthre et on rabat le volet gauche sur la sonde, pour aller fixer son bord libre au bord adhérent du volet droit. Ce dernier est ensuite fixé lui-même par plusieurs points de suture au-dessous du précédent; taillé plus grand que ce dernier, il permet de recouvrir toute la surface d'emprunt du volet gauche. On a alors deux surfaces cruentées appliquées l'une contre l'autre et, deux faces muqueuses libres, la première uréthrale, appliquée contre la sonde, la seconde vaginale, libre. La guérison fut complète dans le cas rapporté.

AUG. BENOIT.

Obstétrique.

Dr DEMELIN

Accoucheur des Hôpitaux.

De la grossesse extra-utérine et de son traitement (*Wratsch*, nos 16 et 17, 1898). — BEKMANN formule à ce sujet les conclusions suivantes :

1° On peut distinguer deux variétés de grossesse extra-utérine : *a*) tubo-utérine; *b*) interstitielle proprement dite. Dans la grossesse tubo-utérine, il existe une communication entre la cavité utérine et le sac fœtal; cette communication n'existe pas dans la grossesse interstitielle proprement dite;

2° La rupture du sac fœtal dans la grossesse interstitielle peut être reconnue d'après les symptômes suivants : La tumeur tubaire n'est pas perceptible par la palpation, et cependant on se trouve en présence de tous les signes qui caractérisent une hémorragie interne, signes observés habituellement dans les cas de rupture d'une trompe gravide;

3° Dans le traitement de la grossesse interstitielle proprement dite, on ne peut que rarement sectionner la cloison qui se trouve entre la cavité utérine et le sac fœtal, en introduisant l'instrument dans la cavité utérine, après dilatation préalable du col. Les conditions indispensables à la réussite de cette opération sont : cavité utérine large, cloison mince, grossesse très peu avancée;

4° Pendant les premiers mois de la grossesse interstitielle, il faut, s'il n'y a pas d'adhérences, extraire l'utérus par le cul-de-sac postérieur, vider le sac fœtal et le suturer ensuite. Dans quelques cas rares, on est forcé de recourir à l'hystérectomie vaginale;

5° Si l'utérus est immobile, qu'on ne puisse pas le faire sortir par le cul-de-sac postérieur, on aura recours à la laparotomie;

6° Pendant la deuxième moitié de la grossesse, il faudra préférer, dans la majorité des cas, l'amputation susvaginale de l'utérus;

7° Après la rupture du sac fœtal dans la grossesse interstitielle, il faut toujours pratiquer la laparotomie, et dans ce cas on pratiquera, soit une hystérectomie, soit une opération conservatrice;

8° Si le contenu du sac fœtal est en état de décomposition, il sera indispensable de pratiquer soit l'hystérectomie totale, soit la suture de l'organe dans l'angle inférieur de la plaie.

B. TAFT.

Traitement de la septicémie post-puerpérale par des injections de sérum antistreptococcique (*Thérapeuthique russe*, nos 4 et 5, 1898). — Galberstadt relate le cas concernant une femme de 30 ans ayant accouché pour la neuvième fois. L'accouchement s'était fait sans assistance médicale.

Le troisième jour éclatèrent les premiers symptômes de l'infection puerpérale. Bientôt la température s'éleva d'une façon considérable, allant jusqu'à 42°2. L'état général était mauvais et le pouls à 142.

En même temps que les sécrétions devinrent fétides, il apparut des abcès métastatiques au cou et aux extrémités.

Le traitement local restait absolument inefficace; au contraire, même, après chaque lavage interne la température subissait une nouvelle élévation.

Etant donné que l'examen bactériologique montra dans le pus des abcès des streptocoques en culture pure, on décida d'avoir recours, à côté du traitement local, aux injections de sérum antistreptococcique.

On fit en tout sept injections à 10 c. c. chacune. La malade commença à se rétablir et finit par guérir au bout de deux mois.

Les injections déterminaient un abaissement de température et une amélioration du pouls.

Malgré l'excellent résultat obtenu, l'auteur ne croit pas pouvoir se prononcer sur la spécificité de ces injections, une seule observation ne pouvant constituer une preuve suffisante.

Il se borne à insister sur la nécessité d'employer plus souvent les injections dans des cas analogues à celui qu'il rapporte, d'autant plus qu'on n'observe aucune complication sérieuse (érythème, néphrite etc.).

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

L'acétate de thallium en thérapeuthique, par Léon Vassaux (*Thèse de Paris*, juillet 1898). — L'acétate de thallium a été employé pour la première fois par A. Combemale contre les sueurs des phtisiques (Académie de médecine, 2 février 1898). De son côté, M. Huchard a expérimenté ce nouveau médicament chez deux phtisiques avancés et transpirant abondamment; chez ces deux malades, survinrent des accidents signalés, en partie déjà, par M. Combemale et sur lesquels, dans son rapport du 17 mai 1898, M. Huchard attira particulièrement l'attention en même temps qu'il reconnut la parfaite efficacité de l'acétate de thallium dans les sueurs pathologiques.

M. Combemale a fait prendre ce médicament à 32 malades, tuberculeux ou autres, présentant tous des sueurs abondantes. Chez tous les malades, sauf deux, les résultats furent des plus satisfaisants: les grands excavés cachectiques furent particulièrement soulagés; c'est chez eux que l'acétate de thallium parut avoir son effet maximum, à l'inverse de ce que l'on observe avec les autres antisudoraux, ainsi que le remarque M. Combemale.

Une lymphadénique qui transpirait abondamment et que n'avaient pu soulager l'atropine, l'acide camphorique, l'agaricine vit ses sueurs disparaître pendant plus de deux mois.

M. Combemale emploie des pilules de 10 centigr.; il n'a eu recours aux doses de 20 centigr., que par exception. Cette dose est administrée en une seule fois, une heure avant le moment présumé de l'apparition des sueurs. Souvent une seule prise a suffi, et jamais le médicament n'a été administré plus de sept jours de suite.

Consécutivement à l'emploi de l'acétate de thallium une alopécie rapide survint chez deux tuberculeux: l'un, après onze prises espacées en un mois, perdit en 8 jours tous ses cheveux; l'autre, chez qui les cheveux tombaient déjà, devint totalement chauve en quarante-huit heures, après avoir absorbé 80 centigr. d'acétate de thallium en un mois. M. Combemale, des faits observés par lui, conclut que l'alopécie survient seulement à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées du médicament. « En restant dans les faibles doses, en ne dépassant pas quatre prises consécutives, on évite cet inconvénient dans la majorité des cas. »

Cette conclusion est encore trop optimiste, car M. Huchard a vu des malades ne prendre qu'une seule pilule de 10 centigr. dans un cas, deux pilules seulement dans l'autre et perdre cependant leurs cheveux, non moins que les sujets à qui M. Combemale avait administré 10 et 12 prises du médicament.

D'autre part, chez ces deux malades, sont survenus des phénomènes douloureux et parétiques du côté des membres inférieurs.

D'ailleurs, l'expérimentation sur les animaux montre que le thallium est au nombre des métaux les plus toxiques; il détermine des lésions et des symptômes très analogues à ceux que produit le mercure.

Il est probable que l'alopécie est due à des troubles trophoneurotiques ; quant aux phénomènes douloureux et parétiques, ils doivent être attribués à la névrite, bien que celle-ci n'ait pas encore pu être constatée.

Ces graves inconvénients de l'acétate de thallium doivent en interdire formellement l'emploi, en dépit de son incontestable efficacité. On ne peut, à cet égard, qu'adopter les conclusions de M. Huchard (Académie de Médecine 15 mai 1898) : « Il y a dans ces faits un grave inconvénient pour l'emploi de l'acétate de thallium à titre de médicament antisudoral ; à ce sujet, nous devons conclure qu'il n'a aucun avenir thérapeutique. »

G. Lyon,

De l'action de l'extrait fluide de racine de gossypium herbaceum (*Medicinskoïé Obosrenié*, n° 6, 1898). — En se basant sur un certain nombre d'observations personnelles. Miranoff formule au sujet de l'action de l'extrait fluide de racine de gossypium herbaceum les conclusions suivantes :

1° L'extrait fluide de gossypium herbaceum ne détermine pas des contractions suffisamment fortes pour enrayer la grossesse et ne peut par conséquent être considéré comme un moyen abortif ;

2° Dans les cas où les contractions utérines ont déjà commencé (pendant l'accouchement) il n'augmente pas leur intensité et apparemment n'exagère pas d'une façon générale l'activité contractile de l'utérus ;

3° Il n'exerce pas d'action sur l'involution utérine, soit après l'accouchement, soit après la fausse couche ;

4° L'extrait fluide administré à la dose de 100 grammes (20 cuillerées à café) pendant les 24 heures ne provoque aucun accident après 2 ou 3 jours. Si on l'administre par cuillerées à soupe ou à dessert répétées toutes les 2 ou 3 heures, il provoque des sensations de brûlure à l'épigastre et du vertige, semblable à celui que provoque l'ivresse alcoolique. L'usage prolongé (pendant des mois) à la dose de 3 à 4 cuillerées à café par jour ne détermine aucun accident sérieux ;

5° Dans les hémorragies utérines, à la suite de fibromes non compliquées d'inflammation, l'extrait fluide ne semble pas être bien efficace ;

6° Dans les myomes utérins compliqués de processus inflammatoires du péritoine, du bassin, du parametrium ou des annexes, l'extrait administré à la dose de 3 à 4 cuillerées à dessert par jour au moment des hémorragies et à la dose de 3 à 4 cuillerées à thé, pendant la période intercataméniale rend les hémorragies moins abondantes et plus courtes : son utilité semble dans ces cas bien certaine ;

7° Dans les hémorragies accompagnant les processus inflammatoires du péritoine, du bassin et des annexes, l'extrait de gossypium à la dose de 3 à 6 cuillerées à dessert arrête sûrement et assez rapidement les hémorragies ; ajoutons que dans ces cas il semble agir plus rapidement et plus sûrement que les autres moyens hémostatiques connus ;

8° L'extrait est donc indiqué dans toute hémorragie utérine d'origine inflammatoire ;

9° Autant que les observations cliniques permettent d'en juger, l'extrait de gossypium exerce son action, non pas sur l'appareil neuromusculaire de l'utérus, mais sur son système vasculaire.

B. Taft.

De l'action de la lactophénine comme anesthésique et antipyrétique (*Thérapeutique russe*, n°s 4 et 5, 1898). — Morkotonn a employé la lactophénine dans 15 cas de fièvre typhoïde, de rhumatisme articulaire chronique, d'influenza, de pleurésie, de bronchite et de pneumonie chronique.

La dose moyenne pour l'adulte doit être de 0,50 centigr. à la fois qu'on peut porter, s'il est nécessaire, jusqu'à 1,5 grammes. On répète ordinairement cette dose trois fois par jour. Dans un cas l'auteur a administré la lactophénine à la dose d'un gramme toutes les trois heures en donnant ainsi jusqu'à 5 grammes par jour.

Quoi qu'il en soit, il ne faut administrer de hautes doses que prudemment et n'y arriver que progressivement. La dose moyenne suffisante ne dépasse ordinairement pas 3 grammes par jour.

La valeur de la lactophénine consiste dans son action antipéritique *bénigne* : la température s'abaisse avec les doses moyennes *non pas d'un coup*, mais *progressivement*. Cet abaissement ne s'observe ordinairement qu'après un ou deux jours. Les sueurs ne se produisent pas. L'abaissement le plus considérable s'observe surtout à la fin du processus typhique. Il n'y a pas de frisson consécutif.

Dans un certain nombre de cas, l'abaissement de température est rapide. Ainsi, dans un cas de fièvre typhoïde la température était tombée de 40°7 à 36°, et cela au bout de cinq heures. En même temps il s'était produit une légère transpiration. Le lendemain la même dose n'a abaissé la température que de 2 dixièmes.

La lactophénine, en tant qu'antipyrétique, est par conséquent inférieure à d'autres antipyrétiques ; mais en revanche, son

action antipyrétique étant progressive, elle exerce plus longtemps son influence sur l'organisme.

La lactophénine n'est pas seulement un antipyrétique, mais encore un anesthésique et un sédatif du système nerveux.

Les douleurs rhumatismales s'abaissent; les phénomènes qui caractérisent l'état typhique diminuent d'intensité et le sommeil redevient normal.

On n'a pas de raison d'attribuer à la lactophénine une action spécifique; mais, en tant qu'agent symptomatique, elle mérite d'être utilisée largement, d'autant plus qu'à l'heure actuelle on cherche, non pas surtout à abaisser coûte que coûte la température, mais à s'opposer à ce que la fièvre ne dépasse les limites dangereuses.

B. TAFT.

Action nocive accessoire de certains médicaments (*Deutsche med. Wochenschrift*, n°34, 1898). — LINDE a observé deux cas d'affections oculaires provenant de l'action indirecte de médicaments : une kératite phlycténulaire survenue chez un élève pharmacien ayant confectionné un vésicatoire, malgré les précautions les plus minutieuses prises et en l'absence de tout contact direct, et un cas de kératite grave, compliqué de myosis et de néphrite. Il s'agissait, cette fois, d'un malade atteint de psoriasis et qui se soumit à un traitement par la chrysarobine; le médicament n'a jamais été appliqué que sur les surfaces cutanées malades.

Il résulte de ces deux observations que certains médicaments toxiques peuvent agir même indirectement sur l'appareil de la vision; il y a, pour l'auteur, un certain intérêt à attirer l'attention des praticiens sur les accidents de ce genre, car les livres classiques n'en font pas assez mention.

E. VOGT.

La rhodanate de quinoline et bismuth (*Therap. Monatshefte*, août, 1898). — FORCHHEIMER a étudié l'action de cette substance dans les cas d'ulcères de jambes d'origine variqueuse ou spécifique, et dans quelques cas de chancres mous et de condylomes acuminés.

Le médicament représente une poudre à gros grains, de couleur jaune rougeâtre, d'odeur forte, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. En déposant au pinceau cette poudre sur un ulcère, on la voit s'imbiber de la sécrétion, quand cette dernière est abondante, et former une sorte de pâte : si la sécrétion est faible, il se forme une escarre brune très adhérente, sous laquelle l'ulcère dans la plupart des cas se cicatrise. Les pansements rares sont préférables (tous les 4 à 6 jours) : il est indiqué de faire donner aux malades un bain local la veille du renouvellement du pansement, pour permettre de détacher facilement les escarres.

L'application de la poudre provoque chez quelques malades, surtout du sexe féminin, des douleurs vives : l'auteur n'a pu jusqu'ici déterminer la cause de ce phénomène. Dans les autres cas, les effets thérapeutiques ont toujours été prompts et sûrs, grâce à l'action siccative et antiseptique du produit, qui ne provoque aucun accident toxique.

E. VOGT.

Désintoxication de la quinoline par introduction du soufre dans sa constitution chimique (*Therap. Monatshefte*, août 98). — EDINGER et TREUPEL font ressortir que si le soufre, en tant que corps simple, a perdu quelque peu de son importance en thérapeutique, on ne saurait en dire autant de ses combinaisons organiques. La caractéristique de ces dernières est leur grande diversité, les phénomènes physiologiques variant avec la manière dont le soufre est combiné aux autres éléments.

En faisant agir la fleur de soufre directement sur la quinoline, on obtient, à la suite de diverses manipulations chimiques, une substance que les auteurs désignent sous le nom de *Thiochinanthrène*, qui ne présente aucun des caractères toxiques de la quinoline, mais n'a conservé aucune action physiologique sur l'organisme.

L'intérêt de ces recherches réside surtout dans le fait qu'en soumettant à l'action du soufre les alcaloïdes, on arrivera très probablement à obtenir une diminution notable de toxicité, et qu'on peut espérer conserver, cependant, dans les corps nouveaux, tout ou partie de l'effet thérapeutique de certains alcaloïdes.

E. VOGT.

Des plus simples procédés de préparations de l'extrait des capsules surrénales et de leur action sur l'économie animale (*Archives russes de Pathologie*, v. 5, f. 3, 1898). — Pour préparer l'extrait des capsules surrénales, MANKOWSKY prend des capsules surrénales fraîches de vache, les débarrasse de la graisse, en prenant bien entendu toutes les précautions d'asepsie, les coupe en menus morceaux et les fait sécher au thermostat. Ceci fait, il les pulvérise et prépare des extraits glycérinés, glycérino-aqueux et alcooliques.

C'est l'extrait glycérino-aqueux qui est le plus à recommander pour Mankowski, d'abord

par la facilité de préparation (macération pendant environ 24 heures de la poudre des capsules surrénales dans un mélange à parties égales de glycérine et d'eau), ensuite par les propriétés du produit, enfin par sa stabilité.

La concentration des extraits glycérinés et glycérino-aqueux est ordinairement de 1 à 2 pour 100.

En se basant sur ses expériences, ainsi que sur les travaux publiés jusqu'ici à ce sujet, Mankowski formule les conclusions suivantes:

1° L'extrait des capsules surrénales constitue un corps composé de structure chimique inconnue qui possède des propriétés physiques définies, et une action physiologique qui se manifeste lorsque l'extrait est introduit dans le sang par l'élévation de la pression sanguine;

2° La substance qui exerce cette action physiologique ne se trouve pas dans d'autres organes et tissus organiques excepté dans les capsules surrénales;

3° La résorcine, la lécitine et la névrine ne peuvent être identifiés avec le principe actif des capsules surrénales;

4° L'augmentation de la pression sanguine résultant d'une injection de l'extrait est déterminée par l'action excitante qu'il exerce sur le système vasomoteur périphérique. Il faut cependant tenir compte des modifications fonctionnelles dans l'activité cardiaque, qui se produisent à la suite de l'injection. Des recherches sont nécessaires pour éclaircir ce point;

5° L'extrait surrénal peut être recommandé dans la thérapeutique pratique chez les malades atteints de faiblesse cardiaque et menacés de collapsus.

B. TAFT.

De l'action de l'acide picrique dans l'eczéma. (*Wratsch*, n° 19, 1898). — La majorité des observations rapportées par TSCHEPOTEFF dans son travail a trait à des syphilitiques qui recevaient, en outre du traitement local, des injections intra-musculaires de salicylate de mercure et de l'iodure de potassium.

On s'est servi d'une solution aqueuse concentrée d'acide picrique avec laquelle on a badigeonné simplement les régions malades, sans recourir à un pansement quelconque.

Dans un cas la guérison n'a été obtenue qu'au bout de 18 jours (un badigeonnage par jour); dans d'autres cas, on arrivait à la guérison après un laps de temps variant entre 2 et 10 jours. Dans deux cas seulement on n'a obtenu aucun résultat.

Cette méthode thérapeutique présente bien des avantages, on n'a pas besoin de faire de pansements, un seul badigeonnage en 24 h. suffit; en outre la peau supporte très bien ces badigeonnages.

L'auteur pense que, en ce qui concerne la rapidité d'action, pas un moyen thérapeutique ne saurait lutter avec l'acide picrique.

B. TAFT.

De la valeur thérapeutique des bains de « Serka » (*Thérapeutique russe*, n° 3,1898). — Sous le nom de Serka on désigne, en Russie un produit spécial qu'on obtient en faisant arroser la laine russe avec de l'eau bouillante en proportion du simple au double.

Le liquide qu'on obtient après ce lavage de la laine contient : 91,06 0/0 d'eau, 1,69 0/0 de substances grasses (lanoline), 2,35 0/0 de substances organiques et 4,87 0/0 de cendres (carbonate de potasse, combinaison chlorurées et sulfurées, traces de chaux). La température du Serka immédiatement après le lavage est de 40 degrés environ. Ayant appris que les paysans et les ouvriers qui travaillent dans les fabriques de draps se servent de ce liquide, dans un but thérapeutique, dans différentes affections, PETAN eut l'idée de l'employer sous forme de bains à la température de 30 à 34 degrés et de durée de 15 à 20 minutes.

Après le bain, on constatait habituellement une abondante transpiration, une élévation de température, et une accélération du pouls. L'auteur a obtenu un résultat fort satisfaisant dans 11 cas qui se décomposent aussi.

Rhumatisme articulaire.	6
Exsudats du bassin.....	3
Névrite dégénérative.....	2

B. TAFT.

Le Salophène (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 35, 1898). — MOSLER recommande, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, de faire un emploi alternatif d'acide salicylique (salicylate de soude?) et de salophène. On donnera le premier à hautes doses pendant 3 à 5 jours, puis on administrera le second pendant un temps assez long et variable, aux doses de 2 à 3 g. par jour.

L'auteur se montre aussi très satisfait du salophène dans les cas d'arthralgies se manifestant au cours de diverses affections nerveuses (tabès, hystérie, neurasthénie).

E. VOGT.

Cas d'empoisonnement par l'atropine à dose moyenne (*Wratsch*, n° 13). — Etant donné que bien des médecins croient être parfaitement en sécurité en prescrivant les alcaloïdes aux doses indiquées par les formulaires, il

nous semble intéressant de signaler le cas rapporté par KHRAMLOFF où, comme on va voir, l'atropine administrée à la dose habituelle provoqua quelques accidents qui n'étaient pas sans importance.

Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans qui, tout à coup, présenta des phénomènes assez bizarres : d'une gaieté inaccoutumée, elle jetait les objets qui lui tombaient sous la main, ne reconnaissait pas son entourage, etc. Si nous ajoutons que cette femme ne buvait pas, on comprendra aisément l'embarras dans lequel dut se trouver le médecin en présence d'une telle malade.

L'examen fit constater les symptômes suivants : pouls 120 ; température normale ; visage congestionné, lèvres et langue très sèches ; une pupille excessivement dilatée, l'autre légèrement rétrécie ; paralysie de l'accommodation.

L'interrogatoire apprit qu'on avait instillé à la malade une goutte de solution d'atropine à 1 pour 60.

Le traitement approprié eut pour résultat de faire disparaître très rapidement tous les symptômes morbides.

Dans ce cas particulier, l'auteur croit pouvoir attribuer l'intoxication atropinique non pas à l'idiosyncrasie, car l'année précédente on lui avait fait les mêmes instillations sans inconvénients, mais à un état particulier du système nerveux provoqué par des chagrins domestiques. L'explication est peut-être erronée, mais, quelle que soit la véritable cause, le fait n'en subsiste pas moins et c'est lui que nous avons cru intéressant de signaler à nos lecteurs.

B. TAFT.

Electrothérapie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Action des rayons X sur la tuberculose (*Congrès de la Tuberculose*, août 1898, à Paris). — Le rapport de MM. BERGONIÉ et TESSIER n'a pas confirmé les espérances que quelques faits isolés avaient fait concevoir sur l'action des rayons X sur la tuberculose. Il est indéniable que ces rayons exercent une action encore mal définie sur les organismes vivants, mais l'étude expérimentale et clinique de l'influence de ces rayons sur les processus tuberculeux en particulier n'a pas donné aux auteurs des résultats bien satisfaisants, si nous en jugeons d'après les conclusions ci-dessous :

CONCLUSIONS PORTANT SUR LES FAITS EXPÉRIMENTAUX. — Les rayons X n'exercent aucune influence sur la morphologie, la vitalité et la virulence du bacille tuberculeux. Les effets physiologiques ou pathologiques observés sur les animaux sains ou tuberculisés soumis aux rayons X plaident contre l'application de la radiothérapie à la tuberculose.

L'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses expérimentales du cobaye et du lapin peut être considérée comme nulle. Les faits d'amélioration de la lésion locale ou de survie signalés chez les animaux soumis s'observent aussi fréquemment chez les animaux témoins.

L'inflammation réactionnelle entraînant, chez certains des animaux tuberculisés soumis aux rayons, la production d'hémorragies pariétales de l'intestin ou la formation d'un processus scléreux qui devient véritablement excessif lors des inoculations intra-pleurales de tuberculose, ne peut être considérée, dans les conditions actuelles d'expérimentation et quelle qu'en soit la cause, comme une réaction salutaire. Malgré la symphyse pleurale, les lésions tuberculeuses sont en effet plus étendues et plus diffuses chez les animaux soumis.

CONCLUSION PORTANT SUR LES FAITS CLINIQUES. — L'action des rayons X sur les *lésions tuberculeuses de la peau* peut produire dans certains cas une dermatite amenant soit à l'amélioration, soit à la guérison au moins passagère de l'affection. Mais cette dermatite peut être produite par d'autres moyens, et de plus elle est difficile à graduer.

L'action des rayons X sur les *lésions tuberculeuses articulaires* est difficile à différencier dans les cas publiés du traitement par l'immobilisation qui l'a toujours accompagnée. L'inflammation réactionnelle due certainement aux rayons X, que l'on a constatée dans ces cas, présente les mêmes inconvénients que dans le cas précédent.

Enfin l'action des rayons X sur les *lésions tuberculeuses pulmonaires*, si elle a semblé dans quelques cas donner des résultats favorables passagers, n'a jamais conduit à une modification heureuse certaine et durable. Nous croyons même devoir affirmer que si, grâce à l'inconnu qui règne encore à l'égard de l'action des rayons X en biologie, il est loisible et même nécessaire de continuer les expériences entreprises, il convient d'être extrêmement réservé dans l'emploi des rayons X en thérapeutique humaine.

E. VOGT.

De l'action des rayons X. *Société des Médecins russes de Saint-Pétersbourg* (*Wratsch* n° 17, 1898). — Voitzechowsky a fait une intéressante communication sur l'action des rayons X, qui sont en train de prendre une importance considérable aussi bien dans la pathologie que dans la thérapeutique.

Le but que s'est proposé l'auteur a été d'obtenir sur des animaux les phénomènes que maints expérimentateurs ont observés en clinique, notamment la chute des cheveux et des phénomènes inflammatoires de la peau. Tenant compte de ce fait qu'à côté de l'action des rayons X purs il ne faut pas oublier celle des rayons émanant de la surface du tube et des phénomènes lumineux, l'auteur a fait ses expériences dans des conditions telles qu'il pouvait étudier: 1° l'action pure des rayons X; 2° leur action, sans qu'on ait écarté tout phénomène accessoire de l'action des rayons de la surface du tube et des rayons lumineux en écartant les rayons X purs.

Ces expériences faites sur des lapins ont montré que dans tous les cas où les rayons X agissaient seuls on ne constatait aucun phénomène fâcheux même après 28 et 34 heures.

Au contraire, lorsqu'on faisait agir les rayons X avec leurs corollaires (rayons de la surface et rayons lumineux) l'action nocive commençait déjà à se manifester au bout d'un laps de temps variant de 3 à 12 heures.

Ce sont là des faits dont on fera bien de tenir compte dans les essais thérapeutiques.

B. Taft.

De l'application thérapeutique de l'arc de Volta. (*Wratsch*, n° 20, 1898).— Il y a environ un an Kozlowsky fit paraître un travail sur l'application thérapeutique de l'arc de Volta, particulièrement dans les affections nerveuses et rhumatismales : nous avons analysé en son temps ce travail dans la Revue.

Il publie maintenant un second travail à ce sujet. Le nombre de ses observations est assez considérable (125) ; il permet de formuler des conclusions définitivement favorables.

On a obtenu des succès incontestables dans les névralgies de toutes sortes et dans le rhumatisme chronique et aigu.

Rappelons que le traitement consiste à soumettre la région malade à l'action de la lumière de l'arc de Volta pendant un certain temps.

Il serait intéressant que ce nouveau procédé thérapeutique commençât à être appliqué chez nous.

B. Taft.

Massothérapie.

Dr BERNE

Ex-interne des hôpitaux

De la valeur du massage vibratoire dans les affections oculaires (*Vestnik d'ophtalmologie*, f. 1 et 2, 1898). — Le massage vibratoire introduit dans la thérapeuthique oculaire par le Dr Micklakoff, a été employé par Sneguireff dans un très grand nombre de cas. Pour faire le massage vibratoire on se sert de la plume d'Edison dont le bout porte au lieu d'une aiguille une petite sphère en ivoire qui exécute jusqu'à 2,000 vibrations par minute.

La technique est fort simple.

Le malade est placé sur un fauteuil à dossier élevé sur lequel il renverse légèrement la tête. Le médecin est debout près du malade. L'œil est préalablement lavé à l'eau bouillie et cocaïnisé. La séance dure de 1 à 10 minutes. Lorsqu'on pratique le massage de la cornée on applique directement sur elle la petite sphère en ivoire ; l'on fait deux ou trois tours autour de son bord et puis on continue en allant du centre à la périphérie. Le massage de la conjonctive est fait parallèlement au bord libre de la paupière en allant de l'angle externe à l'angle interne. Le massage de la sclérotique est fait dans la direction radiale. Pendant tout le temps *la sphère en ivoire ne fait que toucher le tissu sans jamais exercer de pression.*

L'auteur a employé le massage chez 20 malades atteints de différentes affections oculaires en commençant par la blepharite chronique et en finissant par les formes des plus graves de glaucome, de cataracte etc.

Les résultats les plus brillants ont été obtenus dans les sclérites; les cas des plus anciens ont été guéris après 5 séances.

Des résultats également très favorables ont été obtenus dans les conjonctivites folliculaires.

Dans un cas de conjonctivite folliculaire rebelle à tout traitement on a obtenu la guérison après 12 séances de massage vibratoire.

Dans 16 cas de glaucome, la pression sanguine intraoculaire s'est abaissée considérablement ; en moyenne, cet abaissement a été de 20, 5 m. m. On a obtenu aussi une amélioration considérable et rapide dans différents cas de kératite et d'iridocyclite.

Dans un cas d'iritis avec synéchies postérieures, ces dernières s'étaient déchirées déjà au bout de trois séances et, après six séances, avaient presque complètement disparu.

Ajoutons que tous les malades supportaient très bien le massage, aussi bien les adultes que les enfants ; dans un certain nombre de cas, on put même, après la première séance, se dispenser de cocaïniser les malades.

B. TAFT.

Traitement des fractures simples par le massage (*Wratsch*, n° 50, 1897). — GOURVITCH, en se basant sur 40 cas de différentes fractures sous-cutanées traitées par le massage, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Le massage appliqué même immédiatement après l'accident, non seulement n'augmente pas les douleurs mais, au contraire, les rend bien moins intenses; en diminuant le volume du tissu musculaire et la tension d'autres tissus, le massage favorise considérablement la réduction et le maintien des fragments.

2° Le massage, appliqué d'une façon raisonnée, ne détermine ni déplacement ni mobilité excessive des fragments, tout en permettant de surveiller leur position respective.

3° Le cal, dans l'application systématique du massage, se forme plus rapidement que dans le traitement ordinaire (immobilité), ce qui a forcément pour résultat de diminuer la durée du séjour du malade à l'hôpital.

4° Dans les fractures péri et intra-articulaires, le traitement par le massage assure, dans la majorité des cas, des fonctions parfaitement suffisantes des surfaces articulaires lésées.

5° Le traitement par le massage a une importance particulière pour les individus âgés dont la nutrition est affaiblie.

6° Dans les fractures où il y a tendance prononcée à la mobilité des fragments, le massage doit être employé conjointement avec l'immobilité.

7° Le cal, formé sous l'influence du massage, s'ossifie rapidement, cesse d'être douloureux au bout de peu de temps et, dans la majorité des cas, est de petit volume.

8° Le massage peut être employé dans toutes sortes de fractures sous-cutanées des extrémités, mais chaque cas comporte des indications particulières.

B. TAFT.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

DYSPEPSIE ET INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES INFANTILES

La dyspepsie n'est le plus souvent que le prélude d'accident aigus plus ou moins graves, parfois mortels du côté de l'intestin et de l'estomac ou de diarrhée chronique; elle peut aboutir à la mort, en produisant cet état cachectique spécial connu sous le nom d'athrepsie.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

A. chez le nourrisson :

Si l'enfant est nourri au sein, *allaitement maternel* préférable à celui d'une nourrice.

Si l'on est obligé de prendre une *nourrice*, en choisir une accouchée depuis deux ou trois mois au plus et d'une santé parfaite, plutôt multipare que primipare. Rechercher avec soin les signes actuels ou les séquelles de la tuberculose.

En ce qui concerne a tuberculose, porter son attention sur la conformation du squelette et notamment du thorax, sur la coloration des cheveux (se méfier du teint roux vénitien), du visage (se méfier des teints d'un blanc mat, des cicatrices de variole), des gencives (teintes d'un rose vif contrastant avec la pâleur des téguments); rechercher les cicatrices d'adénites cervicales; ausculter avec soin les poumons ; s'enquérir des maladies antérieures (pleurésie, hémoptysie, bronchites etc.), de l'état de santé des ascendants et des parents, etc.

En ce qui concerne les syphilis, examiner avec grand soin la peau et les muqueuses (syphilide pigmentaire, cicatrices de syphilides ulcéreuses, etc.), rechercher l'alopécie au niveau du cuir chevelu et des sourcils, constater le volume de ganglions, s'enquérir de la santé du père, de celle des enfants (se méfier de la polyléthalité).

Dans tous les cas, se faire présenter l'enfant. Examiner les seins et rechercher si les mamelons sont bien conformés. Le volume de la glande mammaire ne donne que des présomptions sur l'abondance du lait et non une certitude, car la sécrétion s'appauvrit souvent pendant le séjour dans le bureau de placement et, d'autre part, pour paraître avoir beaucoup de lait, les nourrices font souvent allaiter leur enfant par une camarade.

Le seul critérium de l'abondance et de la qualité du lait est fourni par la balance; la pesée faite avant et après chaque tétée, montre si la quantité de lait absorbée à chaque tétée est suffisante, et les pesées faites régulièrement tous les huit jours montrent si l'enfant augmente de poids dans les proportions normales (25 à 30 grammes par jour dans les premiers mois).

Pendant l'allaitement, le régime de la nourrice doit être surveillé. En éliminer l'alcool, la charcuterie, le gibier. Viandes en quantité modérée ; de préférence œufs, cervelles, purées de féculents, fruits cuits. Comme boisson, bière coupée d'eau.

Les règles ne contre-indiquent pas absolument l'allaitement.

Faire prendre à la nourrice des bains généraux à intervalles rapprochés. Après chaque tétée faire laver les bouts de sein avec de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution boriquée.

L'allaitement par la mère ou la nourrice doit être ainsi réglé :

Une tétée toutes les deux heures pendant le jour; une toutes les quatre heures pendant la nuit.

Durée moyenne d'une tétée : 10 à 15 minutes.

Après chaque tétée, nettoyer soigneusement la bouche de l'enfant à l'aide de coton hydrophile imbibé d'eau boriquée et enroulé sur une pince hémostatique ou un manche en bois.

Allaitement artificiel. — Employer du lait stérilisé industriellement ou stérilisé à domicile (si l'on est sûr de sa provenance et s'il est reçu peu de temps après la traite).

Le lait de vache, trop riche en caséine, doit être coupé d'eau au début et additionné de sucre en poudre ou de sucre de lait, car il est pauvre en sucre. Ne jamais couper le lait avec de l'eau panée, de l'eau de gruau, etc.; se servir uniquement d'eau fraîchement bouillie.

La quantité de lait coupé nécessaire pour chaque tétée et proportionné à l'âge de l'enfant sera versée dans une bouteille graduée.

Pendant les six premières semaines, on ajoutera un tiers d'eau bouillie à deux tiers de lait et en plus une cuillerée de sucre en poudre; de six semaines à trois mois, un quart d'eau bouillie; plus tard le lait pur est bien supporté (Variot.)

Marfan fait couper le lait jusqu'à six mois. Voici d'ailleurs le tableau donné par lui du nombre de tétées et de la quantité de lait coupé ou non à donner à l'enfant dans les vingt-quatre heures :

Age	Nombre de tétées en 24 heures	Intervalles des tétées : Jour	Intervalles des tétées : Nuit	Coupage	Quantité de lait coupé ou pris pour une tétée	Quantité pour 24 heures
1er jour	3 ou 4			lait de vache 1 eau lactosée à 1 °/₀ 1	10 gr.	30-40 gr.
2e jour	6	toutes les 3 h.	0 fois	—	10-20	60-120
3e jour	7	—	1	—	40-50	280-350
4e jour	7	—	1	—	50-60	350-420
5e au 30e jour	7	—	1	lait de vache 2 eau lactosée à 10 °/₀ 1	60-90	420-630
2e et 3e mois	7	—	1	—	90-120	630-840
4e et 5e mois	7	—	1	—	120-150	840-1050
6e et 9e mois	6	—	0	lait pur lactosé à 2 °/₀	160-175	960-1050

Après la tétée, la tétine en caoutchouc et le biberon seront lavés à l'eau bouillante et écouvillonnés.

B. Chez l'enfant sevré.

A partir de six mois, une bouillie claire au lait avec semoule, tapioca, farine de froment ou farine d'avoine (si l'enfant est constipé) — deux cuillerées à café de farine pour 150 gr. de lait.

A un an, chaque jour, un œuf, deux potages (bouillie ou bouillon au tapioca).

Vers 14 à 15 mois, jus de viande, purée de pommes de terre au lait, crèmes.

A 18 mois, cervelle, riz de veau, poulet haché, poisson de mer, macaroni (deux petits repas par jour et trois ou quatre fois du lait.)

A deux ans, quatre petits repas : au réveil, bouillie ou potage; vers 11 heures, un second potage, un œuf, de la viande pulpée; à 3 heures lait et biscuit; à six ou sept heures un potage.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

L'enfance abandonnée à Montevideo. — Les enfants abandonnés sont recueillis par le système du tour, placé dans la maison centrale. De là ils sont confiés à des nourrices et, après le sevrage, reviennent de nouveau à l'hospice.

Les explications suivantes donneront une idée de l'organisation actuelle du service des nourrices, et des résultats obtenus.

I. — Service des nourrices.

a) *Un médecin*, chargé de la direction immédiate du service, de l'inspection et de l'assistance des enfants.

b) *Un aide*, élève de médecine, qui accompagne le médecin dans ses consultations et à domicile en cas de nécessité.

c) *Un comptable*, pour le mouvement des registres et la surveillance du local.

d) *Les inspectrices*, au nombre de 4, distribuées par sections, avec obligation de visiter les enfants chaque semaine et de consigner leur visite, en signalant au médecin les irrégularités observées.

e) *Le pharmacien*, chargé de la pharmacie, où il passe une grande partie de la journée, aux heures déterminées par les besoins du service.

Le fonctionnement de ce service a lieu dans une maison centrale de consultation, appelée *Consultorio*, et au domicile des nourrices.

1° *Consultorio.* — C'est un vaste local, situé à un point central, pour les nourrices. Là se trouvent installées la direction, la pharmacie, la lingerie et les consultations, qui ont lieu tous les jours, y compris les dimanches et les fêtes.

2° *Domicile des nourrices.* — Les nourrices sont distribuées irrégulièrement dans la ville. Elles ont comme limite une étendue qui ne dépasse pas un quart d'heure de voiture depuis le *Consultorio* ou la maison du médecin. Ce sont en général des femmes pauvres, dont la plupart vivent dans des habitations défectueuses sous le point de vue hygiénique, ce qui exige une surveillance très sévère.

Comment fonctionne le service?

Les obligations du personnel se résument en deux points : inspection et assistance médicale.

L'inspection s'effectue par les soins des inspectrices dans la forme déjà indiquée, c'est-à-dire une fois par semaine, et par le médecin de la manière suivante : Les nourrices doivent amener leur enfant au *Consultorio* chaque semaine, à moins que l'enfant ne soit malade ou que le temps ne le permette pas. Cette pratique a d'ailleurs l'avantage que les nourrices modifient leurs habitudes hygiéniques pour sortir de leurs domiciles et que l'enfant est promené, ce que la femme ne ferait point si elle n'y était obligée. En dehors de cette consultation à jour fixe, le médecin visite souvent les domiciles : pour vérifier les dénonciations, pour maladie de l'enfant, ou simplement pour connaître les conditions dans lesquelles vivent les nourrices.

Le personnel du service est en contact continuel avec les nourrices qui ont le soin des enfants, de sorte qu'il est impossible qu'une irrégularité quelconque ne soit aperçue tout de suite.

L'*Assistance médicale* est donnée dans le *Consultorio* et à domicile. Le médecin se rend tous les jours, à une heure déterminée, au *Consultorio*, et là il traite les enfants qui ont des affections légères, généralement cutanées, petites opérations chirurgicales, pansements, etc. Les nourrices, en outre des instructions qu'elles reçoivent par écrit, entendent continuellement des conseils sur la manière de nourrir les enfants et d'autres détails d'hygiène infantile.

Quand l'enfant est malade, la nourrice sait qu'elle doit se rendre au domicile du médecin, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, et celui-ci accourt le plus tôt possible, conseille, et prescrit les remèdes qui sont immédiatement fournis par la pharmacie du service.

Le médecin continue le traitement jusqu'à complète guérison ou mort de l'enfant, en prenant note de ses visites, du diagnostic de la maladie et des observations suggérées par le cas.

Cette forme d'organisation de l'assistance médicale permet que le médecin, aidé par un élève de médecine, puisse y faire face sans trop de fatigue. Le *Consultorio* fonctionne une heure par jour et les visites à domicile sont, en moyenne, de *six* journellement, avec une moyenne de *quarante* malades par mois.

Les nourrices. — La partie la plus impro-

tante du service est constituée par la nourrice, attendu que le genre d'alimentation auquel les enfants sont soumis, est fourni par la nourrice mercenaire, une pour chaque enfant.

Les nourrices sont choisies par le médecin dans le *Consultorio* : on leur y délivre un certificat de santé, et le lendemain elles passent à l'hospice, où on leur confie un enfant. Elles retournent ensuite au *Consultorio* pour se faire enregistrer, et emportent avec elles au domicile un carnet contenant le nom et le domicile de la nourrice, le nom et l'âge de l'enfant, la date, et le domicile du médecin. Elles emportent aussi une feuille imprimée où se trouvent indiqués la manière d'alimenter l'enfant, les soins qu'elles doivent lui prodiguer et d'autres obligations tendant à assurer le bien-être de celui-ci. Tous les jours on voit venir au *Consultorio*, pour s'offrir comme nourrices, un nombre de femmes supérieur à celui des nécessités. On tient compte pour leur choix, outre la bonne conduite et le domicile dans le rayon fixé, de l'aspect physique et de l'examen des glandes mammaires. Les autres conditions sont jugées inutiles. La syphilis est exceptionnelle chez ces femmes, et il y a peu de risque qu'elles la contractent étant nourrices. On exige que leur enfant ait au moins 6 mois, et, en cas de décès, un certificat du médecin, afin d'éviter qu'une nourrice ait son enfant dans l'asile et qu'en lui en donnant un à nourrir, ce soit précisément le sien, ce qui pourrait parfaitement arriver.

La pratique permet de se guider sur l'aspect extérieur de l'enfant, sans recourir à la balance qui demande plus de temps, pour connaître s'il y a ou non quelque progrès ; bien entendu quand il s'agit d'enfants nourris à la mamelle, et ici il y a encore un autre élément de vérification, qui est la nourrice.

Quand l'aspect de l'enfant n'est pas satisfaisant, ou que l'état physique ou moral de la nourrice l'exige, on fait le changement en le passant à une autre, ce qui s'opère sans aucune difficulté, dans le *Consultorio* même généralement, du moment qu'il y a toujours des nourrices disponibles. Dans ces conditions, la tâche se simplifie énormément, car, l'enfant passant immédiatement d'une nourrice à une autre, on remplit en un instant toutes les formules de changement de lait, d'inscription dans les registres, etc.

Pour effectuer le changement, on se montre sans pitié pour les nourrices ; cette opération provoque quelquefois des scènes désespérantes de douleur chez les nourrices qui aiment tendrement l'enfant, mais une considération supérieure, la santé de l'enfant, oblige d'agir ainsi.

En résumé, le meilleur guide sur la bonté de la nourrice, c'est l'enfant lui-même ; si celui-ci se porte bien, elle continue ; dans le cas contraire, on en cherche une autre.

Chaque nourrice a un enfant à soigner, avec obligation de sevrer le sien dans les quinze jours. Cette mesure est susceptible de fraudes, qui se tolèrent quand elles ne sortent pas des convenances.

Les enfants doivent être nourris exclusivement à la mamelle jusqu'à un an, époque à laquelle commence le sevrage, en l'augmentant progressivement et le finissant à dix-huit mois, sauf de rares contre-indications.

Les nourrissons. — Le médecin se rend tous les jours à l'hospice pour s'assurer si les enfants destinés aux nourrices ne sont pas malades, et, surtout, s'ils ne présentent pas de manifestations de syphilis héréditaire, maladie extrêmement fréquente chez les enfants abandonnés, peut-être 20 pour 100.

La plupart des enfants sont de peu d'âge, nouveau-nés ou de quelques jours.

Il y a dans le service, en existence permanente, une moyenne de 450 enfants, avec un échange mensuel de 30, en terme moyen aussi.

Disséminés dans la ville, ils sont sujets aux mêmes conditions de morbidité que les autres enfants qui vivent en famille, exception faite du milieu et des conditions de leur existence, et l'étude de cette morbidité permet de faire la classification des maladies de l'enfance dans la ville, en indiquant l'époque et les autres circonstances où elles se développent; ce qui sera fait plus tard.

Tous les enfants sont *vaccinés*. Guidé par des indications pratiques, le médecin a fixé pour la vaccination deux dates dans l'année, qui coïncident avec les saisons intermédiaires. A cette époque, on vaccine tous les enfants nouveaux, quel que soit leur âge, et la tolérance des petits, même d'un jour ou un peu plus, pour la vaccination, est vraiment remarquable. La vaccination provient du *Laboratoire de vaccine* à Montevideo, et, durant les années 1896 et 1897, il n'y eut pas un seul cas de variole.

Un registre général du service permet de voir, d'un seul coup d'œil, l'histoire de chaque enfan Chacun a son numéro d'ordre, sa date d'entré

son nom et son âge, le nom et le domicile de la ou des nourrices qu'il a eues, son passé pathologique avec les observations et les dates correspondantes, jusqu'à sa sortie du service, qui peut être effectuée par congé, réclamation des parents ou décès.

MORTALITÉ

ANNÉE 1896

Nombre d'enfants pendant l'année 801

Morts	61	7.62 0|0

Diagnostics :

Broncho-pneumonie	19
Infections gastro-intestinales	14
Méningites aiguës	14
Méningites tuberculeuses	1
Encéphalite chroniqne	1
Syphilis héréditaire	7
Diphtérie	1
Coqueluche	3
Accidents	1

ANNÉE 1897.

Nombre d'enfants pendant l'année. 792

Morts	52	6.56 0/0

Diagnostics :

Broncho-pneumonie	20
Infections gastro-intestinales	15
Méningites aiguës	6
Méningites tuberculeuses	2
Hydrocéphalie aiguë	1
Tétanos infantile	1
Syphilis héréditaire	5
Spasme de la glotte	1
Abcès rétro-pharyngé	1

Il faut remarquer comme facteur important de cette mortalité, (jamais ces chiffres n'ont été aussi bas dans le pays) le moyen de vie imposé par le système d'alimentation établi.

Malgré les précautions prises pour choisir comme nourrices les femmes en meilleures conditions, la plupart habitent des endroits qui laissent à désirer au point de vue hygiénique, parce que ce sont toujours des femmes pauvres.

L'enfant reste par conséquent exposé à beaucoup d'accidents contre lesquels il faut lutter et s'armer de toute la sévérité d'une bonne organisation pour en triompher, parce que les facteurs qui s'interposent peuvent être de divers ordres : 1° habitations malsaines, 2° négligence de la nourrice, 3° la nourrice garde son propre enfant, qu'un sentiment naturel lui fait toujours préférer, 4° le besoin du salaire qui lui fait cacher la fraude, possible à mettre en évidence dans certaines circonstances seulement, 5° le défaut de culture intellectuelle qui l'empêche de prévoir le péril, 6° les difficultés et menaces du sevrage, le moment le plus sérieux de la vie de l'enfant, etc.

C'est à cause de ces faits que, malgré le système d'alimentation au sein exclusivement, il y a encore un nombre élevé d'infections gastro-intestinales en été, et c'est aussi pour les mêmes raisons, connaissant le milieu où ces enfants sont élevés, que les affections de l'appareil respiratoire sont fréquentes en hiver.

(*Journal de Clin. et de Thérap. infantiles*).

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1897, publié par le Dr BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, J. Noir, Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier, et Wuillomier, Tome XVIII de la collection. Un vol. de LXXXIV-224 pages, avec 18 figures et 20 pl. Paris, 1898. Librairie du *Progrès médical* et Alcan.

Nous recommandons ce nouveau volume à tous ceux qui s'intéressent aux maladies des enfants et au traitement médico-pédagogique des idiots. On y trouve entre autres l'observation très importante d'un enfant atteint d'*idiotie congénitale complète* et qui fut amélioré par ce traitement à un point tel qu'à l'âge de 16 ans (il était entré à Bicêtre à l'âge de 3 ans) cet enfant, bien développé, n'était plus atteint que d'une façon légère de débilité mentale. Comme Bourneville le fait remarquer, les cas de ce genre démontre que, si l'on peut obtenir dans l'*idiotie complète* une amélioration aussi considérable, à plus forte raison en obtiendra-t-on de meilleure encore chez des enfants moins profondément frappés, ceux qui appartiennent à l'imbécilité morale ou à l'arriération intellectuelle.

Après l'histoire du service de Bicêtre et de la fondation Vallée (pour les filles idiotes) en 1897, on trouve un chapitre sur le patronage des aliénés et des enfants arriérés.

La deuxième partie du volume consacrée à la clinique et à l'anatomie pathologique, avec de nombreuses planches, est de beaucoup la plus étendue et renferme les observations détaillées de nombreux cas d'affections cérébrales congénitales avec idiotie et épilepsie.

P. L.

Nle Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3 rue Bourdaloue. Paris. *Le Propriétaire-Gérant* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La Société d'hypnologie et le Congrès de l'hypnotisme. — Dans une Assemblée générale tenue en mai, la Société d'hypnologie a pris deux décisions de la plus haute importance :

A la fin du Congrès international de 1889, le Congrès avait donné à MM. Dumontpallier, G. Ballet, Grasset, Liégeois, Auguste Voisin et Bérillon, la mission d'organiser à Paris une Société d'hypnologie.

Cette Société fut donc fondée « *dans le but de concourir aux progrès de la méthode hypnotique et suggestive appliquée à la physiologie, à la psychologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à l'étude de la responsabilité en médecine légale* ». Tels étaient les termes formels de l'article premier des Statuts.

Depuis lors, certaines communications présentées à la Société ayant paru contraires à l'esprit qui avaient animé les fondateurs, le bureau a cru devoir convoquer la Société en Assemblée générale pour la consulter tout d'abord sur l'opportunité d'une révision des Statuts. et ensuite sur la réunion d'un second Congrès international de l'hypnotisme en 1900.

Après délibération, la Société a décidé, à l'unanimité de vingt-huit suffrages exprimés, de persévérer dans les traditions qui avaient présidé à sa fondation. Elle a, en outre, voté l'organisation d'un Congrès en 1900 sous le titre de : *Deuxième Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*, en se conformant aux principes qui avaient régi l'organisation du premier Congrès.

Ces principes étaient ainsi formulés :

« En conviant au premier Congrès international de l'*Hypnotisme expérimental et thérapeutique* les savants français et étrangers qui s'intéressent aux progrès de l'hypnotisme, les organisateurs ont pour but :

« 1. De fixer la terminologie de cette science;

« 2. D'enregistrer et de déterminer les acquisitions réelles faites jusqu'à ce jour dans le domaine de l'hypnotisme.

« Pour conserver au Congrès son caractère exclusivement scientifique, le Comité n'acceptera que les communications se rapportant aux applications cliniques, médico-légales et psycho physiologiques de l'hypnotisme. »

Le but du second Congrès de l'hypnotisme est donc ainsi nettement tracé.

D'ores et déjà il est entendu que le Congrès de l'hypnotisme n'empiètera sur aucun des domaines réservés à d'autres Congrès se réunissant à la même époque. La réunion de notre Congrès suivra immédiatement celle du Congrès international des sciences médicales.

Les médecins étrangers qui viendront à Paris en 1900, pourront suivre successivement les deux Congrès. M. le professeur Raymond, désigné comme président de la section de neurologie du Congrès des sciences médicales, a annoncé qu'il faciliterait de tout son pouvoir le succès du Congrès de l'hypnotisme en lui réservant les questions qui se rattachent à notre programme.

Les communications reçues au Congrès de l'hypnotisme seront divisées en quatre groupes

1° Applications cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme et de la suggestion;

2° Applications médico-légales;

3° Applications psycho-physiologiques;

4° Applications pédagogiques et sociologiques.

Il a été décidé que les questions suivantes seraient l'objet de rapports généraux :

1. — Rédaction d'un vocabulaire concernant la terminologie de l'hypnotisme et des phénomènes qui s'y rapportent;

2. — L'hypnotisme devant la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l'hypnotisme;

3. — Les rapports de l'hypnotisme avec l'hystérie;

4. — Les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique générale;

5. — Les indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies mentales et de l'alcoolisme;

6. — Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie générale et à l'orthopédie mentale;

7. — Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigation psychologique;

8. — Responsabilités spéciales résultant de la pratique de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique.

Tous les savants auxquels la Société s'est adressée pour la rédaction de ces rapports ont envoyé des réponses favorables. Onze rapporteurs sont déjà désignés.

Arrêté ministériel. — Par arrêté ministériel, les médecins dont les noms suivent ont été institués, après concours, médecins de l'Assistance médicale des bureaux de bienfaisance de Paris;

IV^e^ arrondissement, M. Morisse; V^e^ arrondissement, M. Darin; VII^e^ arrondissement, M. Mary; IX^e^ arrondissement, M. Lapointe; XI^e^ arrondissement, M. Cange; XII^e^ arrondissement, M. Dubreuil; XIII^e^ arrondissement, MM. Forestier, Archambault et Riard; XV^e^ arrondissement, M. Chastenet; XVII^e^ arrondissement, M. Bonnemaison; XVIII^e^ arrondissement MM. Manheimer, Collet et Héron de Villefosse; XIX^e^ arrondissement, MM. Rodin et Lebas.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTRURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Laits stérilisés et entérites

Par le Docteur A. LESAGE

Médecin des hôpitaux

L'emploi du lait stérilisé, soit à 115°, soit à 100°, s'est beaucoup généralise depuis deux ans.

Il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier l'état actuel de la question dans une consultation externe des hôpitaux d'enfants. Cet été, étant chargé de services à Trousseau, j'ai pu me convaincre de la généralisation heureuse et progressive de l'emploi des laits stérilisés.

Or, durant ces deux mois, août et septembre, le nombre des entérites infantiles, qui augmente tous les étés d'une façon considérable, a été beaucoup plus élevé que les années précédentes.

Il suffit de jeter un regard sur le bulletin de statistique municipal pour se convaincre de la mortalité énorme des nourrissons pendant le mois d'août. La comparaison avec les étés précédents est aisée.

Et cependant l'emploi des laits stérilisés a fait des progrès incontestables.

Il semblait au premier abord, comme on était en droit de l'espérer, que plus le lait stérilisé serait mis en usage et plus le nombre des entérites devrait diminuer. La stérilisation supprimant les microbes du lait et empêchant ainsi l'infection du tube digestif par ces microbes.

Il n'en fut rien.

Jamais, depuis longtemps, nous n'avons vu une épidémie aussi intense; jamais la mortalité ne fut plus élevée.

Il faut tirer de ces faits de nouveaux sujets d'étude.

La première conclusion est la suivante :

A côté de la gastro-entérite due à l'absorption du lait fermenté, il existe une autre maladie exactement semblable, qui est observée chez les enfants soumis à l'emploi des laits stérilisés.

Il faut, pour bien examiner ces faits, séparer ces deux ordres de maladies.

On dit (et ce sont les défenseurs du lait stérilisé), si le lait stérilisé à 115° peut occasionner l'apparition d'entérites, — alors qu'il n'a subi naturellement aucune altération depuis la stérilisation, — c'est que le mode d'emploi est défectueux; c'est que les enfants sont mal réglés ou prennent trop de lait. Ils admettent une surcharge intestinale qui serait suivie d'une fermentation anormale dans l'intestin et mise en liberté de toxine. Cet argument

peut être soutenu. Certes, je suis le premier à reconnaître l'énorme importance du réglage des tétées et à lutter contre les abus du gavage. Mais à cela on peut répondre.

La mauvaise hygiène de l'allaitement est constante; on l'observe aussi bien l'hiver que l'été, et cependant combien sont rares les entérites pendant l'hiver avec l'emploi du lait stérilisé à 115°.

On observe même le fait inverse. Ce qu'on peut reprocher au lait stérilisé est, bien souvent, de provoquer une constipation opiniâtre.

Tous les médecins d'enfants sont unanimes à ce sujet.

Il y a donc autre chose que nous ignorons et qu'il faut chercher.

Et ce n'est pas seulement le lait stérilisé à 115° dont l'emploi a pu être suivi de l'apparition d'entérite pendant ces dernières chaleurs, c'est aussi le lait stérilisé à 100° (méthode de Soxhlet-Budin).

Dans tous les cas que j'ai observés, le lait à 100° était dans des conditions normales, la stérilisation datant du jour même.

On sait en effet que le lait stérilisé à 100° doit être absorbé dans la journée.

Il est évident que si ce lait est pris 48 heures ou 3 jours après, nous ne sommes plus en présence des mêmes faits.

Les mêmes remarques que nous avons faites plus haut (défaut de réglage, surcharge intestinale) sont naturellement les mêmes.

Le lait à 100° donne pendant l'hiver des résultats excellents, à tel point que, si on examine impartialement les faits, on est obligé de reconnaître que les laits à 115° et à 100° donnent des résultats identiques.

Donc, durant ces dernières chaleurs, l'absorption du lait stérilisé à 115° et du lait à 100° a pu être suivi d'entérite.

Pourquoi? Voilà la question.

Certains disent : Peu importe que le lait soit stérilisé à 100° ou à 115°, dans les deux cas il s'est passé entre la traite et la stérilisation, un certain temps (6 heures, 12 heures ou 24 heures). Le lait pendant ce temps s'est ensemencé; les microbes s'y sont développés rapidement, vu la haute température; de là, production de la toxine. La stérilisation se fait, mais la toxine n'est pas détruite par le chauffage. Et on ne s'en aperçoit pas, car le lait, à l'œil nu, avant la stérilisation, n'a subi aucune altération. La production d'acide lactique est encore légère, et n'a pas encore atteint le taux de 7 à 8 0/00 dont l'apparition provoque la coagulation spontanée.

Au premier abord, cette explication peut satisfaire; mais quand on examine les faits, la conviction est fortement ébranlée.

Pour le lait stérilisé à 100°, il s'écoule de 2 heures à 24 heures avant que le lait arrive à Paris. Il fait très chaud, on stérilise, mais il est trop tard, la toxine est produite.

Mais pour le lait à 115° en est-il de même ? Les bouteilles que les enfants ont absorbées pendant le mois d'août, quand ont-elles été stérilisées?

J'ai vu ce fait très net. — Des bouteilles dont la stérilisation remontait à 3 mois, alors que la température était normale, ont été bues en août et ont provoqué l'apparition d'entérites chez 5 enfants.

Quand sera bu le lait qui a été stérilisé en août au moment des fortes chaleurs ? Il le sera en septembre, octobre et novembre; on devra donc voir apparaître en ces mois de nouvelles entérites,

Or, l'épidémie cesse et je crois pouvoir affirmer que nous allons entrer dans le calme. L'expérience des années précédentes l'indique. Ceci semble déjà mettre en doute la production d'une toxine avant la stérilisation.

D'autre part, pour admettre qu'il existe une toxine dans le lait stérilisé, il faut pouvoir la montrer. — Or qui a montré l'existence de cette toxine?

Nous avons cherché à l'isoler du lait en suivant la méthode que nous avions suivie pour l'étude du lait exposé à l'air (recherches dont on trouvera un résumé dans la thèse de M. Templier, Paris 1898).

A cet effet, nous avons étudié les diverses substances que l'on peut trouver dans le lait, pris entre la traite et la stérilisation. Les prises de lait ont été faites au mois d'août en pleine chaleur, au moment de la violente épidémie d'entérite. 40 heures au maximum se sont écoulées entre la traite et la stérilisation.

Le lait étant normal à l'œil nu, on le divisait en plusieurs parties :

1° On prend deux litres de lait. On sépare le petit lait de la caséine et du beurre à l'aide d'une petite quantité d'acide acétique. Le petit lait filtré à la bougie, puis évaporé dans le vide, inoculé sous la peau, dans le péritoine, ou le tube digestif de cobayes n'a produit aucun résultat.

Or, ce petit lait contient de l'acide lactique. Contient-il autre chose, une toxine? Nous n'avons pu en isoler. Dans la thèse de M. Templier, on pourra voir que l'acide lactique est inoffensif. L'expérimentation est donc muette. Le petit lait de 2 litres de lait, réduit dans le vide à 10 cc., ne produit aucune lésion, aucune intoxication à la dose de 2 cc. de ce résidu.

Reste la caséine et le beurre que l'on lave à l'eau légèrement alcaline. Cette eau filtrée n'entraîne aucune toxine. L'expérimentation (injection sous la peau, dans le tube digestif de cobayes) ne donne aucun résultat.

Même fait négatif, à la suite de l'injection dans le tube digestif de la caséine ainsi lavée et du beurre.

Donc aucun élément du lait ne présente d'action toxique.

2° Cherchons d'autres moyens d'isolement de toxine. Traitons également deux litres de lait identique par l'alcool absolu.

La caséine se coagule en flocons. On filtre. La solution alcoolique filtrée à la bougie est évaporée au bain-marie et on obtient une véritable bouillie dans la capsule.

Celle-ci est traitée par l'eau distillée, qui enlève des sels, de l'acide lactique, etc.

Contient-elle une toxine? Le résultat expérimental est nul, que cet extrait soit fait en milieu acide, neutre ou alcalin.

Mais il reste une portion insoluble dans l'eau. Ell contient des matières grasses dont l'effet nocif est également nul.

On traite de même le lait dans les mêmes conditions, par l'éther et le chloroforme. Les extraits sont toujours inoffensifs. Ces diverses recherches ont été faites sur 5 échantillons de lait au moment des fortes chaleurs du mois d'août dernier.

J'ai examiné également par les mêmes méthodes cinq échantillons de lait stérilisé à 115° pendant le mois d'août.

Le résultat fut le même. Donc je n'ai pu isoler de toxine dans le lait, qu'il fut pris avant ou après la stérilisation.

On pourra répondre que tous les laits ne subissent pas une fermentation avant la stérilisation et que nos échantillons en étaient indemnes. Nous avons fait les mêmes expériences avec trois échantillons de lait à 115° dont l'absorption a été suivie d'entérite. Le résultat fut aussi négatif.

L'idée de production de toxine avant la stérilisation est rationnelle, malheureusement on ne trouve aucun poison dans le lait.

Ce poison, dit-on, résisterait à la stérilisation même à 115°. Ceci se peut. D'après nos connaissances générales des toxines, nous savons que la majorité de ces poisons microbiens est détruite par la chaleur. Peut-être cette toxine hypothétique du lait fait-elle exception? En tous cas nos recherches, jusqu'à ce jour, sont restées infructueuses. Nous les continuons.

II

Examinons, d'autre part, quelques faits qui peuvent éclairer le problème des entérites chez les enfants soumis aux laits stérilisés.

D'abord, cet été, nous avons vu bon nombre d'enfants au sein (et exclusivement au sein) être atteints d'entérite.

L'idée de toxine dans le lait doit être écartée, ainsi que les écarts de régime. Quant au gavage il existe aussi bien l'hiver que l'été, il y a donc une autre cause à chercher.

On peut penser à l'action de la chaleur sur l'intestin.

J'ai vu, durant le mois d'août, cinq enfants au sein dont l'entérite apparaissait nettement avec l'élévation de la température et cessait avec la baisse thermique. Tout le monde a vu des faits semblables.

D'autres faits viennent à l'appui de cette action de la chaleur.

Dans une salle d'enfants de l'hôpital Trousseau, 10 enfants sont au lait stérilisé à 115°. — Tout se passe bien. — Vienne une forte chaleur, 3, 4, 5, 6 de ces enfants sont atteints brusquement d'entérite et meurent. C'est le même lait qui sert aux 10 enfants. — Pourquoi cette limitation de la sensibilité à l'intoxication? Pourquoi quelques-uns de ces enfants sont-ils atteints, et non pas tous ?

Au dispensaire du Chemin-Vert, où l'on distribue du lait stérilisé à 100°, plusieurs enfants furent atteints d'entérites, mais non tous.

Nous sommes si habitués à voir les organismes réagir tous d'une façon à peu près égale vis-à-vis des poisons, que l'on peut penser à l'action de la chaleur sur l'intestin.

On sait, en effet, que la réaction des organismes vis-à-vis de la chaleur est très variable. Il semble que cet élément agit sur certains intestins et non sur d'autres.

Ainsi, en septembre dernier, à Trousseau, dans les salles de nourrissons (tous les enfants étant au même lait stérilisé) arrive un orage; sur 20 enfants, 8 présentent brusquement de la fièvre, une poussée évidente d'entérite, et d'intoxication. Tous meurent. Les autres enfants n'ont rien eu.

Pourquoi, vis-à-vis de l'orage et de la chaleur, cette sensibilité des uns et non des autres ?

Nous pouvons observer des faits inverses. Un enfant est atteint d'entérite; vous lui donnez tous les sacrements de la thérapeutique rationnelle, rien ne fait. Envoyez-le en un endroit frais, tout s'arrête spontanément. C'est comme le changement d'air pour la coqueluche.

Je crois qu'il ne faut pas tout expliquer en médecine. J'ai beaucoup étudié les entérites chez les enfants soumis aux divers laits stérilisés, et voici ma conviction à leur sujet :

Le lait stérilisé à 115°, à 100° est excellent; il fait disparaître les entérites pendant 9 à 10 mois de l'année. Mais au moment des chaleurs estivales, il n'empêche nullement l'apparition des entérites.

Celle-ci est-elle due à une toxine qui se produit dans le lait entre la traite et la stérilisation, toxine qui n'est pas détruite par le chauffage ? Or, on ne la trouve pas.

Au contraire, après un examen minutieux de nombreux cas, je suis enclin à penser, que la chaleur a une action évidente sur certains intestins et non sur d'autres, et que chaque été, malgré l'emploi des laits stérilisés, on verra, de ce fait, l'apparition d'entérites. S'agit-il là d'une action de la chaleur sur la propriété des microbes de fournir de la toxine dans l'intestin ? Quiconque étudie les toxines sait combien peu suffit pour enlever ou donner du pouvoir toxique à un microbe.

Loin de moi l'idée de combattre l'emploi des laits stérilisés. Leur emploi est un progrès immense. — On est à l'abri des entérites pendant dix mois de l'année. Mais ce que je veux dire, c'est que tout n'est pas encore dit dans la pathogénie des entérites pendant les chaleurs, surtout chez les enfants soumis à ce mode d'allaitement.

L'idée de cette action de la chaleur sur l'intestin n'est pas nouvelle. Nos pères y ont pensé et en ont parlé.

De la néphrotomie

Résumé du rapport qui sera lu au Congrès de Chirurgie, *octobre* 1898 (1)

Par MM. le professeur F. Guyon et J. Albarran

En dehors des faits de J.-L. Petit, en 1770, et de Miquel, en 1849, on peut dire que ce n'est qu'à partir de 1870, lorsque les deux opérations de Durham et de Bryant furent connues, que la néphrotomie commença à être pratiquée. Dans ces dernières années, la taille rénale est devenue une opération courante, dont les bons résultats ont été appréciés par tous les chirurgiens. Mais on a vu aussi entrer dans la pratique des opérations rivales de la néphrotomie.

Dans les mêmes affections que certains auteurs traitent par l'ouverture du rein, d'autres chirurgiens conseillent la néphrectomie, et, dans ses dernières années, on a essayé de substituer à la néphrotomie ou à la néphrectomie des opérations conservatrices portant sur le bassinet et l'urétère.

L'accord n'est pas établi sur la valeur relative de ces interventions; nous nous attacherons, dans ce rapport, à préciser et à définir les diverses indications de la néphrotomie.

Le mot néphrotomie s'applique encore maintenant à la désignation d'opérations variées. On dit avoir pratiqué une néphrotomie exploratrice aussi bien lorsqu'on se borne à mettre le rein à découvert que lorsqu'on incise l'organe, et, contrairement à la terminologie précise adoptée pour les autres organes en chirurgie, on continue à confondre sous le nom de néphrotomie l'incision simple, temporaire, du rein et l'ouverture qu'on maintient béante par des procédés variés. Il serait rationnel de réserver le nom de *néphrotomie* à la simple incision rénale et d'appeler *néphrostomie* l'ouverture du bassinet à travers le tissu rénal, lorsque la plaie du rein est maintenue ouverte et qu'on crée ainsi, dans un but thérapeutique et de propos délibéré, une fistule chirurgicale.

Nous étudierons ces deux variétés d'incision rénale, laissant complètement de côté la simple incision exploratrice des parois de l'abdomen.

(1) In *Gazette Hebdomadaire*, 25 septembre 1898.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[

permet d'arrêter l'hémorragie; l'exploration terminée, la plaie rénale est réunie par des sutures profondes et superficielles.

3° *Elle ouvre le mieux possible les calices et le bassinet.* — La difficulté réelle de bien ouvrir les deux calices collecteurs supérieur et inférieur a conduit plusieurs auteurs à préconiser la pyélotomie pour explorer les calices; Legueu a proposé, lorsqu'on soupçonne un calcul, de pratiquer sur le bord convexe du rein deux incisions, l'une supérieure, l'autre inférieure, laissant intacte la partie moyenne du parenchyme. Nous donnons cependant la préférence à la section large du bord convexe. Le diagnostic est souvent modifié pendant l'opération : lorsqu'on soupçonne un calcul, on peut trouver une autre lésion et il convient d'explorer le plus possible du parenchyme rénal. D'ailleurs, le chirurgien peut à son gré prolonger l'incision du côté des pôles supérieur ou inférieur du rein si cela paraît nécessaire. Si un des gros calices ne se trouvait pas bien ouvert (dans les cas où le bassinet manque presque complètement), un calcul ne pourrait échapper à l'exploration combinée des deux mains; un doigt est introduit dans l'intérieur de la plaie rénale, tandis que l'autre main palpe et appuie sur les différents points de la surface extérieure de l'organe.

4° *Il faut exposer à la vue le maximun de tissu rénal.* — L'incision que nous indiquons remplit le mieux cette condition essentielle; la nécessité de procéder ainsi est démontrée par des cas nombreux de tuberculose, de néoplasme et de néphrite.

La néphrotomie exploratrice est le plus sûr moyen de se rendre compte de l'état du rein; néanmoins, dans certains cas, ce moyen lui-même est infidèle. L'un de nous a montré que des lésions de *tuberculose* miliaire peuvent échapper, même lorsqu'elles siègent dans la substance corticale; dans un de nos cas personnels, l'incision lombaire ne permit pas de faire le diagnostic du cancer alvéolaire. Les lésions de certaines néphrites qui jouent un rôle important dans les hématuries dites essentielles (Albarran) peuvent ne pas être reconnnes par un œil exercé et n'être diagnostiquées que par le microscope.

B. Néphrolithotomie. — La néphrolithotomie, c'est-à-dire la néphrotomie avec extraction des calculs par la plaie rénale, relève des considérations précédentes : la seule question à discuter est de savoir s'il convient mieux d'aborder le calcul à travers le parenchyme rénal, par néphrotomie, ou à travers les parois du bassinet par la pyélotomie.

La *pyélotomie* présente l'incontestable avantage d'épargner le parenchyme sécréteur, ce qui a son importance si l'on considère que les reins calculeux sont toujours atteints par la néphrite scléreuse, lésion qu'aggrave le traumatisme chirurgical: deux examens histologiques de reins ayant subi la néphrolithotomie, publiés par Greiffenhagen, en sont la preuve. Par contre, avec la pyélotomie, les *fistules* sont beaucoup plus fréquentes qu'après la néphrotomie, et quoique ces fistules guérissent d'habitude spontanément, elles n'en constituent pas moins un sérieux inconvénient.

D'autre part, *l'exploration du rein calculeux*, qui est le temps le plus délicat dans l'opération des pierres rénales, se fait beaucoup moins bien à travers l'incision du bassinet; on s'exposerait, en agissant ainsi, à méconnaître des calculs logés dans les calices. Enfin la pyélotomie *augmente les difficultés qu'on éprouve dans l'extraction de certains calculs*, notamment de certaines pierres coralliformes. Tout bien considéré, la néphrotomie est supérieure à la pyélotomie pour l'extirpation des calculs du rein : la pyélotomie ne pourra être indiquée que lorsque, par l'exploration manuelle du rein, on sent nettement dans le bassinet une pierre régulière et de volume moyen.

C. — Nous ne ferons que mentionner *la néphrotomie qui a pour but de faciliter une opération plus compliquée pratiquée sur le bassinet et l'extrémité supérieure de l'urétère afin de rétablir le cours des urines.* Dans ces cas, lorsqu'on incise le rein, on ne fait que se créer une voie d'accès et, suivant les cas, on fera ou non la fermeture de la plaie rénale ; au surplus, on agit alors sur les reins en état de rétention et les considérations que nous aurions à faire valoir ici seront développées plus loin.

II. — Néphrostomie

ÉTABLISSEMENT D'UNE FISTULE RÉNALE CHIRURGICALE

Cette opération peut se pratiquer par la voie transpéritonéale ou par la voie lombaire. Comme presque tous les auteurs, nous donnons la préférence à l'incision lombaire, en raison de la facilité opératoire plus grande ; de la gravité moindre de l'opération ; des conditions très supérieures au point de vue du traitement consécutif des fistules, quelle que soit l'opération secondaire qu'on se propose de pratiquer.

Les conditions que doit réunir une bonne néphrostomie sont les suivantes :

1° *Aborder facilement le rein.* — L'incision qui permet de mieux aborder le rein et qui donne le plus de jour est l'incision recto-curviligne (Guyon) ou oblique en bas et en dehors qui permet en outre de repérer avec facilité le ligament vertébro-costal de Henle.

2° *Faire communiquer librement entre elles et avec le bassinet les différentes poches qui existent dans un grand nombre de rétentions rénales.* — Il est nécessaire tout d'abord de bien aborder le rein en l'incisant largement le long de son bord convexe : il convient ensuite d'explorer très attentivement toute la surface interne du rein et de détruire le mieux possible les cloisons des différentes loges.

3° *Éviter les fusées purulentes périphériques et faciliter les opérations ultérieures.* — Le mieux est de suturer les deux valves du tissu rénal aux lèvres antérieure et postérieure de la plaie pariétale, le plus près possible des téguments (Guyon). Lorsque le rein est uni à la paroi il n'y a pas de décollement à craindre, tout au moins en avant et en arrière, le drainage se fait dans les conditions les plus complètes, et dans les opérations itératives, l'organe superficiellement fixé est facilement accessible : il n'est pas entouré d'adhérences secondaires.

L'opération de la néphrostomie a pour but soit d'évacuer une rétention rénale septique ou aseptique, soit encore de rétablir le fonctionnement du rein dans les cas d'anurie.

Avant d'aborder l'étude des indications opératoires, il nous paraît essentiel de résumer en quelques mots ce que nos études sur la physiologie pathologique des reins incisés et maintenus ouverts nous ont permis d'établir. Nous distinguerons deux cas, suivant que le rein était ou non atteint préalablement de rétention.

1° *Physiologie pathologique des reins néphrostomisés sans rétention préalable.* — Dans ces cas on est frappé tout d'abord de voir le tissu rénal incisé et exposé demeurer indifférent aux contacts et aux pressions, insensible à la douleur, réfractaire à l'infection. D'autre part, l'urine est sécrétée avec abondance, et présente des caractères analogues à ceux de l'urine normale. Enfin l'examen d'un rein d'anurique pratiqué seize jours après la néphrostomie nous a montré que, en réalité, les altérations du parenchyme sont peu importantes. Nous croyons que cette remarquable résistance du tissu rénal à l'infection est due à ce que, lorsque le rein est ouvert, l'urine peut s'écouler librement au dehors. Ce

fait particulier ajoute une preuve de plus au rôle prépondérant que joue la rétention dans les infections rénales ascendantes.

Le tissu rénal étant bien conservé, on comprend la permanence de la fonction sécrétoire du rein. Il est plus remarquable encore de voir la fonction rénale se rétablir dans l'anurie à la suite de l'incision du rein.

2° *Physiologie pathologique des reins ouverts consécutivement à une rétention.* — Lorsque dans un rein en rétention, complète ou incomplète, aseptique ou septique, l'obstacle au cours de l'urine est levé, le rein reprend son fonctionnement d'une manière plus ou moins parfaite. La reprise de la sécrétion rénale est plus ou moins parfaite, suivant les cas, et se trouve en rapport direct avec les lésions que la rétention a déterminées dans le parenchyme rénal. Ces altérations du parenchyme sont moins marquées, toutes choses égales d'ailleurs, dans les uronéphroses que dans les rétentions septiques, et sont plus accentuées dans les rétentions complètes que dans les incomplètes. Il en résulte que dans la néphrostomie pratiquée pour une rétention rénale, le retour de la fonction se fera mieux dans les uronéphroses que dans les uropyonéphroses et dans celles-ci que dans les pyonéphroses ; d'un autre côté, si ces rétentions rénales étaient incomplètes, le rein fonctionnerait mieux que si elles étaient complètes.

Lorsque la rétention rénale est de courte durée, les troubles fonctionnels sont dus surtout aux troubles circulatoires du rein et, dans ces cas, si l'obstacle est levé, la glande rénale peut reprendre son fonctionnement normal. Lorsque les rétentions sont de longue durée, il se produit des lésions irréparables du parenchyme et la fonction rénale reste pour toujours troublée ; la suppression de l'obstacle cause de la rétention ne fait que rétablir en partie la sécrétion du rein.

Il importe d'appeler l'attention sur la valeur physiologique des poches de rétention rénale dans lesquelles les altérations paraissent si avancées qu'on pourrait croire que tout le tissu rénal a été détruit. Nous prendrons comme type pour l'étude de la sécrétion rénale dans les rétentions ouvertes, un rein atteint d'uropyonéphrose incomplète datant de un à deux ans et dont l'épaisseur du parenchyme atteint au maximum un centimètre d'épaisseur.

Au point de vue de la *quantité d'urine* sécrétée dans les vingt-quatre heures nous avons vu que des poches très minces d'uronéphrose, ne présentant que quelques millimètres d'épaisseur, fournissent, en général, presque autant d'urine que le rein du côté sain et certains jours même, nous avons constaté que le rein malade sécrète autant d'urine que son congénère. La *composition chimique* de l'urine étudiée au moyen des courbes graphiques fournit des faits intéressants.

Les courbes de l'*urée* démontrent que la courbe de l'urée du rein sain est presque parfaitement parallèle aux variations journalières quelquefois considérables de la courbe de l'urée totale éliminée par les deux reins, tandis que la courbe de l'urée du rein malade présente des oscillations de peu d'importance et sans rapport avec les variations des courbes précédentes. Le rein malade sécrète une quantité d'urée qui varie peu d'un jour à l'autre et qui représente parfois près de la moitié, le plus souvent le tiers ou le quart de l'urée totale ; les variations de ce rapport sont dues presque exclusivement aux différences de sécrétion du rein sain. Certains jours pourtant, lorsque le bon rein sécrète peu d'urée, on voit le rein malade en fournir un peu plus que d'habitude ; mais cette ébauche de compensation n'est jamais bien importante.

Les *phosphates* suivent des oscillations analogues à celles de l'urée ; la quantité relative de ces sels éliminée par le rein malade est un peu moindre par rapport au rein sain que la quantité d'urée comparée des deux reins.

Les *chlorures* au contraire s'éliminent mieux que l'urée: le rapport entre les chlorures de toute l'urine des vingt-quatre heures et ceux éliminés par le rein malade est de 1,5 à 1.

La *potasse* s'élimine moins bien par le rein malade, qui fournit trois ou quatre fois moins de ce sel que le rein sain.

Les poches rénales ouvertes se comportent d'une manière variable au point de vue de l'élimination des différentes substances absorbées par le malade. Nous avons constaté que l'*iodure de potassium* passe presque avec la même rapidité dans l'urine des deux reins. Le *sous-carbonate de fer* passe plus vite par le rein sain. En étudiant le passage du *bleu de méthylène* nous avons vu, dans plusieurs cas d'hydronéphrose, que cette substance passe plus tardivement dans l'urine sécrétée par le rein malade que dans l'urine du rein sain; chez certains malades nous avons constaté que le rein hydronéphrosé était imperméable au bleu.

Indications générales de la néphrostomie. — Il est sans intérêt de mettre en parallèle la néphrostomie et la néphrectomie, même en utilisant les statistiques qui ne sont le plus souvent qu'un assemblage de cas disparates. Le problème des indications de la néphrostomie ne peut être pratiquement envisagé, si l'on ne prend pour base les enseignements de la physiologie pathologique : l'opérateur doit, avant tout, vouloir la conservation ou le rétablissement des fonctions rénales.

Dans ces dernières années, sous l'influence des travaux de Küster et de Finger, des opérations conservatrices ayant pour but de rétablir le cours des urines en opérant sur l'urétère et le bassinet ont ajouté un nouveau chapitre au traitement des rétentions rénales. Il est nécessaire aujourd'hui, pour établir le bilan de la néphrostomie, de tenir compte de ces opération récentes.

Les conditions dans lesquelles on pratique la néphrostomie varient suivant la maladie pour laquelle on intervient. Nous étudierons successivement la néphrostomie dans l'anurie, dans les uronéphroses et dans les pyonéphroses.

1° Néphrostomie dans l'anurie. — Pour bien établir les indications de la néphrostomie et des différentes opérations qu'on pratique sur l'urétère et le bassinet dans l'anurie calculeuse il est nécessaire d'indiquer rapidement la physiologie pathologique de l'accès.

Il faut tout d'abord rappeler que, chez les calculeux rénaux, même dans la lithiase primitive sans infection, les deux reins présentent presque toujours des lésions plus ou moins avancées, que l'un de nous a décrites sous le nom de *néphrite aseptique des lithiasiques*. L'existence de ces lésions explique, à notre avis, les phénomènes différents qu'on observe à la suite de l'obstruction calculeuse de l'urétère et ceux qu'on voit consécutivement à la ligature aseptique expérimentale de ce conduit.

Lorsqu'un calcul interrompt brusquement le cours des urines, il est exceptionnel d'observer une rétention rénale de quelque importance au-dessus de l'obstacle, alors que l'uronéphrose est de règle dans la ligature uréthrale. Dans l'obstruction calculeuse il faut tenir grand compte, en ce qui regarde le rein du côté malade, non seulement de l'obstacle mécanique au cours de l'urine, mais encore et surtout des phénomènes congestifs du côté du rein et de la suppression par réflexe inhibitoire de la sécrétion rénale.

Il est nécessaire aussi de considérer que, dans la plupart des cas d'anurie calculeuse, le rein du côté opposé ne fonctionnait déjà plus avant l'attaque d'anurie. Dans un certain nombre de cas ce rein paraît normal; mais, même alors, il peut présenter les lésions de néphrite aseptique dont nous parlions, lésions qui le rendent plus apte qu'un autre rein à subir l'influence inhibitoire d'un réflexe parti de l'autre rein (réflexe réno-rénal Guyon).

Il est enfin indispensable de tenir compte, dans l'établissement des indications, de la gravité de l'état général de la plupart des anuriques qu'on opère. L'état précaire de ces malades conduit le chirurgien à préférer les opérations les plus simples et les plus rapides, celles qui mettent le mieux à l'abri des phénomènes du shock opératoire si redoutables en pareil cas.

Ces considérations nous amènent à penser que, dans l'anurie calculeuse, l'acte opératoire doit être de courte durée ; s'il est préférable d'enlever le calcul qui obstrue les voies d'excrétion, le but de l'opération n'est pas l'extraction de la pierre. On doit avant tout s'efforcer de faire reprendre au rein sa fonction, de le mettre à même d'éliminer l'urine. En fait, les premiers opérateurs ont souvent dû se contenter d'ouvrir le rein sans pouvoir enlever le calcul ; le succès a justifié leur conduite et dans un certain nombre de cas on a vu le calcul s'éliminer spontanément par la suite. MM. Demons et Pousson ont insisté, avec grande raison, sur les avantages qu'il y a à se contenter de pratiquer la néphrostomie sans trop s'inquiéter du calcul.

Comparons maintenant les différentes opérations pratiquées dans l'anurie calculeuse.

L'*urétérotomie* a donné des succès, mais présente souvent des inconvénients. Lorsque le calcul est engagé au niveau du détroit supérieur ou près de la vessie, l'opération est longue et délicate, peu en rapport avec la gravité de l'état général de ces malades. Dans ces cas, même si le diagnostic était porté, nous donnerions la préférence à la néphrostomie. Lorsque le calcul se trouve engagé dans la portion supérieure de l'urétère, mieux vaut encore aller le chercher à travers l'incision de la néphrostomie, en essayant au besoin de le faire remonter de l'urétère dans le bassinet : en agissant ainsi on peut explorer le rein et se rendre compte de l'existence ou de l'absence d'autres calculs. L'urétérotomie simple permet une exploration moins complète.

La *pyélotomie* présente sur la néphrostomie l'avantage de ne pas ajouter aux lésions d'un parenchyme rénal déjà altéré ; elle pourrait être indiquée lorsqu'il s'agit d'un calcul non ramifié qu'on sent aisément par la palpation dans le bassinet ; mais les enseignements de la physiologie pathologique nous font penser que le rétablissement de la fonction rénale est beaucoup mieux assuré par l'incision du parenchyme rénal que par celle du bassinet. Ce doit être en pareil cas l'objectif de l'opérateur.

La *néphrotomie* avec extirpation du calcul et suture immédiate du rein a été pratiquée avec succès dans un cas de Legueu. L'un de nous, dans une opération semblable pratiquée le 10e jour d'une anurie calculeuse, a eu un décès. Tenant compte de ce fait qu'un rein néphrotomisé et suturé paraît moins apte à bien sécréter qu'un rein laissé ouvert, nous pensons aujourd'hui que la néphrostomie simple est préférable dans ces cas à la néphrolithotomie avec suture immédiate. Nous ne voyons en faveur de la suture que l'absence de fistule consécutive ; mais il faut considérer que si l'urétère est libre, la cicatrisation du rein est rapide. Or cette liberté de l'urétère est une *condition indispensable* à la suture. Nous ferons remarquer, en faveur de la néphrostomie, la difficulté qu'on éprouve souvent à s'en assurer en faisant le cathétérisme rétrograde de l'urétère, la plus grande longueur de l'acte opératoire nécessitée par ce cathétérisme lui-même et par la suture du rein.

La *néphrostomie* nous paraît être l'opération de choix dans la grande majorité des cas d'anurie calculeuse. C'est l'opération de nécessité dans les cas très graves.

(*A suivre*).

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine, par OMBREDANNE (*Presse médicale*, n° 73, p. 132, 1898). — Observation d'un enfant atteint de tétanos ayant débuté 9 jours après le traumatisme (légère excoriation du genou gauche déterminée par une chute sur le pavé). Au 5e jour du tétanos, l'état s'aggrave brusquement, le trismus, l'opistothonos deviennent menaçants. Une injection de 40 centimètres cubes de sérum antitétanique fut faite sous la peau du ventre; puis, dans la même journée, une injection de 3 cent. cubes du même sérum, fut faite de chaque côté dans le cerveau. Le lendemain, l'état étant stationnaire, une injection de 20 cc. fut faite sous la peau du ventre. La guérison s'affirma progressivement et dix jours après l'injection intra-cérébrale l'enfant put se lever, ayant encore les bras et les jambes raides et les mâchoires un peu contracturées.

G. LYON.

Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine, par MM. HECKEL et REYNÈS (*Presse médicale*, n° 74, p. 140, 1898). — Chez un jeune homme de 18 ans, pris de tétanos depuis deux jours, une injection intra-cérébrale d'antitoxine fut faite dans la substance cérébrale (3 cc. 1/2 de solution de sérum sec dans l'hémisphère gauche; même opération sur l'hémisphère droit, dans lequel on injecte 3 cc. 1/2). Le malade succomba le surlendemain après avoir reçu, en deux fois, 40 cent. cubes de sérum antitétanique par la voie hypodermique.

L'examen du cerveau montra que les piqûres nécessitées par l'injection de sérum n'avaient pas déterminé de lésions.

Cet échec ne doit pas infirmer la confiance que doit inspirer la méthode de Roux et Borrel; en effet, les portes d'entrée de l'infection étaient nombreuses (plaies multiples), et l'incubation avait été très courte.

Au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, Heckel et Reynès classent les diverses formes de tétanos de la façon suivante :

a) Les tétanos tendant à la chronicité, évoluant en douze ou quinze jours et au-dessus, à l'incubation dépassant quinze jours, à allure symptomatique peu bruyante, à température au-dessous de 39°, avec peu de dyspnée, un pouls régulier et parallèle à la température, au-dessous de 100 chez l'adulte, sont des formes favorables justiciables du traitement sérothérapique, qui doit les guérir le plus souvent.

b) Les tétanos subaigus évoluant en dix ou douze jours, à incubation d'une à deux semaines, ont une allure plus vive, une température au-dessus de 39°, de la dyspnée, de l'irrégularité du pouls vers les derniers jours, une ascension des contractures, nette mais lente. La méthode de Roux, appliquée avant l'apparition des irrégularités du pouls ou des contractures thoraciques fréquentes, donnera presque toujours de bons résultats.

c) Les tétanos aigus (trois à cinq jours d'évolution clinique, huit à dix jours d'incubation), température 40° et au-dessus, ascension rapide des contractures, oligurie, pouls et respiration très rapides (120 et 50) seraient peut-être curables par sérothérapie, à la condition d'être pris dès le trismus?

d) Les tétanos foudroyants ou suraigus, très rares, évoluent en 24 heures; pour eux la thérapeutique semble actuellement muette.

A côté de ces variétés, il faut placer sur le même rang, quant au pronostic presque toujours fatal :

e) Le tétanos d'origine interne.
f) Le tétanos puerpéral.
g) Le tétanos utérin.
h) Le tétanos des nouveaux-nés.
i) Le tétanos des enfants avec spasme de la glotte.
k) Le tétanos céphalique de Rose.

Dans le tétanos tout est, en matière de pronostic, comme pour la diphtérie, dans la pré-

cocité du diagnostic ou de l'intervention thérapeutique.

Au moment où apparaît le trismus, la lésion est déjà entièrement constituée ; à ce moment on ne peut que garantir la cellule nerveuse malade d'atteintes nouvelles. C'est à quoi concourent :

1° L'éradication du foyer microbien quand il est visible, limité, opérable.

2° L'injection sous-cutanée de sérum antitétanique qui prévient de nouvelles diffusions hématiques du poison toxinien.

3° L'injection intra-cérébrale qui garantit les cellules nerveuses de toutes combinaisons chimiques ultérieures avec la toxine.

G. LYON.

Propriétés antitoxiques de la bile d'animaux tétanisés (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 34, 1898). — Le Dr VINCENZI, de Sassari, n'a obtenu aucune action antitoxique sur les cobayes et les lapins tétanisés auxquels il a injecté de la bile provenant d'animaux sains de même espèce : la mort est survenue dans les mêmes conditions que chez les animaux témoins. Si l'on se sert de bile d'animaux ayant résisté 3 ou 4 jours à l'action du poison tétanique, on constate que cette bile ne contient que peu ou pas d'antitoxine; même résultat avec de la bile d'animaux ayant guéri de leurs attaques de tétanos.

Si enfin on injecte dans les veines des animaux de la toxine tétanique en dose convenable (pas trop élevée), on procure à la bile de ces animaux des propriétés antitoxiques très nettes : chose curieuse, cette bile présente ces propriétés *avant* que l'on perçoive chez l'animal les premiers symptômes du tétanos.

L'auteur se réserve de revenir, dans une communication ultérieure, sur ce sujet.

E. VOGT.

A propos d'une méthode permettant de fixer la valeur des diverses préparations de toxines tuberculeuses (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 37, 1898). — LINGELSHEIM fait ressortir combien insuffisantes se sont montrées, jusqu'ici, les méthodes destinées à fixer le degré de toxicité des diverses préparations de toxines tuberculeuses, alors que pour le tétanos et la diphtérie, par exemple, on arrive sous ce rapport à une précision pour ainsi dire mathématique.

Il n'est pas étonnant que lorsqu'il s'est agi d'utiliser pratiquement les toxines tuberculeuses, on soit arrivé à des résultats contradictoires, et qu'on ait dû s'en tenir aux assertions des inventeurs sans pouvoir contrôler leurs dires.

Inutile de faire ressortir combien nombreux sont les facteurs capables de modifier le degré de toxicité d'une toxine donnée. Le mode de préparation, le milieu nutritif, l'action de l'air, la température, etc. exercent tour à tour une influence difficile à évaluer. En admettant même que toutes ces influences puissent être calculées exactement, il resterait toujours les modifications subies à la longue par la toxine ; ce facteur varie aussi suivant les échantillons examinés.

On a cherché à calculer le degré de toxicité des toxines tuberculeuses en étudiant la réaction fébrile qu'elles provoquent dans l'organisme : cette méthode n'est guère précise, vu les variations du terrain sur lequel on pratique l'inoculation. Des animaux paraissant identiques donnent des réactions aussi dissemblables que possible.

Pour trouver un terrain d'appréciation plus solide, l'auteur s'est adressé à la méthode que Roux a le premier préconisée pour d'autres substances, l'inoculation intra-cérébrale. Après trépanation, l'auteur injecta chaque fois à des cobayes, à une profondeur de 5 mm. dans la substance cérébrale, 0,2 cc. de liquide.

Grâce à cette méthode, l'auteur a pu reconnaître que, chez l'*animal sain*, TO est à peu près trois fois plus toxique que TR, et que s'il faut, pour obtenir la dose mortelle injecter une dose donnée dans le péritoine, la dose suffisante pour obtenir la mort de l'animal en injection intra-cérébrale sera environ 180 fois plus faible. Si on expérimente sur des *animaux tuberculeux*, la proportion au lieu de 1 : 180 est de 1500 ou 1000 ; il est donc probable que les foyers tuberculeux retiennent, lorsqu'on choisit l'injection intra-péritonéale ou sous-cutanée, une bonne partie de la toxine.

Avec l'injection intra-cérébrale, la réaction locale n'est pas appréciable si l'on ne dépasse pas la dose mortelle.

Quelques expériences relatives à des injections intra-cérébrales de peptones, d'albumoses, etc. ont démontré à l'auteur que la sensibilité du cerveau n'est pas exaltée à l'égard de ces substances, chez les animaux tuberculeux ; les réactions sont les mêmes que chez les animaux sains.

E. VOGT.

De la sérothérapie de la diphtérie (*Thérapeutique russe*, n°s 4 et 5, 1898). — RATHER, en se basant sur ses observations personnelles, arrive à cette conclusion que, dans la sérothé-

I. — Néphrotomie

Ouverture temporaire du Rein

Cette opération est pratiquée : 1° pour explorer le rein, le bassinet ou l'urétère; 2° pour permettre l'extraction des calculs; 3° accessoirement, comme temps préliminaire dans certaines opérations portant sur l'urétère et le bassinet.

A. — Néphrotomie exploratrice. — La grande majorité des chirurgiens reconnaît aujourd'hui que, pour bien explorer le rein, il ne suffit pas de palper l'organe à travers une incision de laparotomie ou par l'incision lombaire. Nombre d'erreurs ont été commises parce que les opérateurs se sont bornés à examiner la surface externe du rein. Sans parler des *calculs* méconnus ainsi, citons certains cas de tuberculose (Guyon, Albarran, Routier), des néoplasmes ne faisant pas saillie à la surface du rein (Albarran) et les néphrites hématuriques (Albarran, Poirier, Pousson, etc.). Les méthodes d'exploration intermédiaires entre l'exploration externe et l'incision du rein, telles que l'*acupuncture*, doivent être abandonnées comme insuffisantes. Quant aux tentatives de *radiographie* pratiquées par nous et conseillées par Fenwick, elles n'ont pas encore donné de résultats suffisants. Nous sommes donc conduits à dire que, pour le moment, le meilleur mode d'exploration du rein est la néphrotomie.

L'observation des opérations pratiquées chez l'homme prouva d'abord l'innocuité de l'incision rénale, ce que confirma ensuite l'étude expérimentale chez les animaux (Maas, Tillmans, Pisenti, Tuffier, Barth, etc.); Le Dentu démontra, chez l'homme, que le rein suturé après néphrotomie se réunit sans difficulté. C'est un fait acquis que l'incision chirurgicale du rein sain ou peu altéré ne présente aucun danger et qu'elle ne détermine que des lésions peu importantes du parenchyme sécréteur. Mais il ne suffit pas d'établir l'innocuité de la néphrotomie exploratrice; il faut encore prouver son utilité. Or, les résultats de la néphrotomie exploratrice varient suivant la technique employée et selon la maladie dont le rein est atteint. Nous ne pourrions sans sortir du cadre étroit d'un rapport d'ensemble, étudier en détail le *manuel opératoire* de la néphrotomie exploratrice. Nous nous bornerons à déterminer les conditions que nous paraît devoir remplir ce genre d'intervention. L'incision rénale doit : 1° détruire le moins possible du parenchyme rénal; 2° saigner peu; 3° ouvrir les calices et le bassinet; 4° exposer à la vue le maximum de tissu rénal.

Le manuel opératoire qui remplit le mieux ces conditions consiste à aborder le rein par une incision lombaire recto-curviligne ou oblique; après avoir bien dépouillé l'organe de son enveloppe adipeuse, on attire autant que possible la glande vers l'extérieur et l'on fait comprimer le pédicule par les doigts d'un aide. Les choses ainsi disposées, on pénètre dans le rein en l'incisant largement sur son bord convexe et l'on arrive jusqu'au bassinet : la coupe que l'on pratique est analogue à celle qui est usitée dans les autopsies. L'opération ainsi conduite remplit les conditions ci-dessus énoncées :

1° *Elle détruit le moins possible de tissu rénal.* — Toute incision du rein détruit une partie du parenchyme sécréteur; cette atrophie est en rapport direct avec le nombre et l'importance des vaisseaux blessés : le territoire frappé de mort correspond, en effet, à la zone où se distribuent les vaisseaux sectionnés (Barth, Albarran). Or l'incision dont nous parlons blesse un minimum de vaisseaux.

2° *Elle saigne peu.* — La compression du pédicule permet d'inciser le rein à blanc et facilite ainsi l'inspection de la surface de section. Le peu d'importance des vaisseaux lésés

permet d'arrêter l'hémorragie; l'exploration terminée, la plaie rénale est réunie par des sutures profondes et superficielles.

3° *Elle ouvre le mieux possible les calices et le bassinet.* — La difficulté réelle de bien ouvrir les deux calices collecteurs supérieur et inférieur a conduit plusieurs auteurs à préconiser la pyélotomie pour explorer les calices; Legueu a proposé, lorsqu'on soupçonne un calcul, de pratiquer sur le bord convexe du rein deux incisions, l'une supérieure, l'autre inférieure, laissant intacte la partie moyenne du parenchyme. Nous donnons cependant la préférence à la section large du bord convexe. Le diagnostic est souvent modifié pendant l'opération : lorsqu'on soupçonne un calcul, on peut trouver une autre lésion et il convient d'explorer le plus possible du parenchyme rénal. D'ailleurs, le chirurgien peut à son gré prolonger l'incision du côté des pôles supérieur ou inférieur du rein si cela paraît nécessaire. Si un des gros calices ne se trouvait pas bien ouvert (dans les cas où le bassinet manque presque complètement), un calcul ne pourrait échapper à l'exploration combinée des deux mains; un doigt est introduit dans l'intérieur de la plaie rénale, tandis que l'autre main palpe et appuie sur les différents points de la surface extérieure de l'organe.

4° *Il faut exposer à la vue le maximun de tissu rénal.* — L'incision que nous indiquons remplit le mieux cette condition essentielle; la nécessité de procéder ainsi est démontrée par des cas nombreux de tuberculose, de néoplasme et de néphrite.

La néphrotomie exploratrice est le plus sûr moyen de se rendre compte de l'état du rein; néanmoins, dans certains cas, ce moyen lui-même est infidèle. L'un de nous a montré que des lésions de *tuberculose* miliaire peuvent échapper, même lorsqu'elles siègent dans la substance corticale; dans un de nos cas personnels, l'incision lombaire ne permit pas de faire le diagnostic du cancer alvéolaire. Les lésions de certaines néphrites qui jouent un rôle important dans les hématuries dites essentielles (Albarran) peuvent ne pas être reconnnes par un œil exercé et n'être diagnostiquées que par le microscope.

B. Néphrolithotomie. — La néphrolithotomie, c'est-à-dire la néphrotomie avec extraction des calculs par la plaie rénale, relève des considérations précédentes : la seule question à discuter est de savoir s'il convient mieux d'aborder le calcul à travers le parenchyme rénal, par néphrotomie, ou à travers les parois du bassinet par la pyélotomie.

La *pyélotomie* présente l'incontestable avantage d'épargner le parenchyme sécréteur, ce qui a son importance si l'on considère que les reins calculeux sont toujours atteints par la néphrite scléreuse, lésion qu'aggrave le traumatisme chirurgical : deux examens histologiques de reins ayant subi la néphrolithotomie, publiés par Greiffenhagen, en sont la preuve. Par contre, avec la pyélotomie, les *fistules* sont beaucoup plus fréquentes qu'après la néphrotomie, et quoique ces fistules guérissent d'habitude spontanément, elles n'en constituent pas moins un sérieux inconvénient.

D'autre part, *l'exploration du rein calculeux*, qui est le temps le plus délicat dans l'opération des pierres rénales, se fait beaucoup moins bien à travers l'incision du bassinet; on s'exposerait, en agissant ainsi, à méconnaître des calculs logés dans les calices. Enfin la pyélotomie *augmente les difficultés qu'on éprouve dans l'extraction de certains calculs*, notamment de certaines pierres coralliformes. Tout bien considéré, la néphrotomie est supérieure à la pyélotomie pour l'extirpation des calculs du rein : la pyélotomie ne pourra être indiquée que lorsque, par l'exploration manuelle du rein, on sent nettement dans le bassinet une pierre régulière et de volume moyen.

C. — Nous ne ferons que mentionner *la néphrotomie qui a pour but de faciliter une opération plus compliquée pratiquée sur le bassinet et l'extrémité supérieure de l'urétère afin de rétablir le cours des urines.* Dans ces cas, lorsqu'on incise le rein, on ne fait que se créer une voie d'accès et, suivant les cas, on fera ou non la fermeture de la plaie rénale ; au surplus, on agit alors sur les reins en état de rétention et les considérations que nous aurions à faire valoir ici seront développées plus loin.

II. — Néphrostomie

Établissement d'une fistule rénale chirurgicale

Cette opération peut se pratiquer par la voie transpéritonéale ou par la voie lombaire. Comme presque tous les auteurs, nous donnons la préférence à l'incision lombaire, en raison de la facilité opératoire plus grande ; de la gravité moindre de l'opération ; des conditions très supérieures au point de vue du traitement consécutif des fistules, quelle que soit l'opération secondaire qu'on se propose de pratiquer.

Les conditions que doit réunir une bonne néphrostomie sont les suivantes :

1° *Aborder facilement le rein.* — L'incision qui permet de mieux aborder le rein et qui donne le plus de jour est l'incision recto-curviligne (Guyon) ou oblique en bas et en dehors qui permet en outre de repérer avec facilité le ligament vertébro-costal de Henle.

2° *Faire communiquer librement entre elles et avec le bassinet les différentes poches qui existent dans un grand nombre de rétentions rénales.* — Il est nécessaire tout d'abord de bien aborder le rein en l'incisant largement le long de son bord convexe : il convient ensuite d'explorer très attentivement toute la surface interne du rein et de détruire le mieux possible les cloisons des différentes loges.

3° *Éviter les fusées purulentes périphériques et faciliter les opérations ultérieures.* — Le mieux est de suturer les deux valves du tissu rénal aux lèvres antérieure et postérieure de la plaie pariétale, le plus près possible des téguments (Guyon). Lorsque le rein est uni à la paroi il n'y a pas de décollement à craindre, tout au moins en avant et en arrière, le drainage se fait dans les conditions les plus complètes, et dans les opérations itératives, l'organe superficiellement fixé est facilement accessible : il n'est pas entouré d'adhérences secondaires.

L'opération de la néphrostomie a pour but soit d'évacuer une rétention rénale septique ou aseptique, soit encore de rétablir le fonctionnement du rein dans les cas d'anurie.

Avant d'aborder l'étude des indications opératoires, il nous paraît essentiel de résumer en quelques mots ce que nos études sur la physiologie pathologique des reins incisés et maintenus ouverts nous ont permis d'établir. Nous distinguerons deux cas, suivant que le rein était ou non atteint préalablement de rétention.

1° *Physiologie pathologique des reins néphrostomisés sans rétention préalable.* — Dans ces cas on est frappé tout d'abord de voir le tissu rénal incisé et exposé demeurer indifférent aux contacts et aux pressions, insensible à la douleur, réfractaire à l'infection. D'autre part, l'urine est sécrétée avec abondance, et présente des caractères analogues à ceux de l'urine normale. Enfin l'examen d'un rein d'anurique pratiqué seize jours après la néphrostomie nous a montré que, en réalité, les altérations du parenchyme sont peu importantes. Nous croyons que cette remarquable résistance du tissu rénal à l'infection est due à ce que, lorsque le rein est ouvert, l'urine peut s'écouler librement au dehors. Ce

fait particulier ajoute une preuve de plus au rôle prépondérant que joue la rétention dans les infections rénales ascendantes.

Le tissu rénal étant bien conservé, on comprend la permanence de la fonction sécrétoire du rein. Il est plus remarquable encore de voir la fonction rénale se rétablir dans l'anurie à la suite de l'incision du rein.

2° *Physiologie pathologique des reins ouverts consécutivement à une rétention.* — Lorsque dans un rein en rétention, complète ou incomplète, aseptique ou septique, l'obstacle au cours de l'urine est levé, le rein reprend son fonctionnement d'une manière plus ou moins parfaite. La reprise de la sécrétion rénale est plus ou moins parfaite, suivant les cas, et se trouve en rapport direct avec les lésions que la rétention a déterminées dans le parenchyme rénal. Ces altérations du parenchyme sont moins marquées, toutes choses égales d'ailleurs, dans les uronéphroses que dans les rétentions septiques, et sont plus accentuées dans les rétentions complètes que dans les incomplètes. Il en résulte que dans la néphrostomie pratiquée pour une rétention rénale, le retour de la fonction se fera mieux dans les uronéphroses que dans les uropyonéphroses et dans celles-ci que dans les pyonéphroses ; d'un autre côté, si ces rétentions rénales étaient incomplètes, le rein fonctionnerait mieux que si elles étaient complètes.

Lorsque la rétention rénale est de courte durée, les troubles fonctionnels sont dus surtout aux troubles circulatoires du rein et, dans ces cas, si l'obstacle est levé, la glande rénale peut reprendre son fonctionnement normal. Lorsque les rétentions sont de longue durée, il se produit des lésions irréparables du parenchyme et la fonction rénale reste pour toujours troublée ; la suppression de l'obstacle cause de la rétention ne fait que rétablir en partie la sécrétion du rein.

Il importe d'appeler l'attention sur la valeur physiologique des poches de rétention rénale dans lesquelles les altérations paraissent si avancées qu'on pourrait croire que tout le tissu rénal a été détruit. Nous prendrons comme type pour l'étude de la sécrétion rénale dans les rétentions ouvertes, un rein atteint d'uropyonéphrose incomplète datant de un à deux ans et dont l'épaisseur du parenchyme atteint au maximum un centimètre d'épaisseur.

Au point de vue de la *quantité d'urine* sécrétée dans les vingt-quatre heures nous avons vu que des poches très minces d'uronéphrose, ne présentant que quelques millimètres d'épaisseur, fournissent, en général, presque autant d'urine que le rein du côté sain et certains jours même, nous avons constaté que le rein malade sécrète autant d'urine que son congénère. La *composition chimique* de l'urine étudiée au moyen des courbes graphiques fournit des faits intéressants.

Les courbes de l'*urée* démontrent que la courbe de l'urée du rein sain est presque parfaitement parallèle aux variations journalières quelquefois considérables de la courbe de l'urée totale éliminée par les deux reins, tandis que la courbe de l'urée du rein malade présente des oscillations de peu d'importance et sans rapport avec les variations des courbes précédentes. Le rein malade sécrète une quantité d'urée qui varie peu d'un jour à l'autre et qui représente parfois près de la moitié, le plus souvent le tiers ou le quart de l'urée totale ; les variations de ce rapport sont dues presque exclusivement aux différences de sécrétion du rein sain. Certains jours pourtant, lorsque le bon rein sécrète peu d'urée, on voit le rein malade en fournir un peu plus que d'habitude ; mais cette ébauche de compensation n'est jamais bien importante.

Les *phosphates* suivent des oscillations analogues à celles de l'urée ; la quantité relative de ces sels éliminée par le rein malade est un peu moindre par rapport au rein sain que la quantité d'urée comparée des deux reins.

Les *chlorures* au contraire s'éliminent mieux que l'urée : le rapport entre les chlorures de toute l'urine des vingt-quatre heures et ceux éliminés par le rein malade est de 1,5 à 1.

La *potasse* s'élimine moins bien par le rein malade, qui fournit trois ou quatre fois moins de ce sel que le rein sain.

Les poches rénales ouvertes se comportent d'une manière variable au point de vue de l'élimination des différentes substances absorbées par le malade. Nous avons constaté que l'*iodure de potassium* passe presque avec la même rapidité dans l'urine des deux reins. Le *sous-carbonate de fer* passe plus vite par le rein sain. En étudiant le passage du *bleu de méthylène* nous avons vu, dans plusieurs cas d'hydronéphrose, que cette substance passe plus tardivement dans l'urine sécrétée par le rein malade que dans l'urine du rein sain ; chez certains malades nous avons constaté que le rein hydronéphrosé était imperméable au bleu.

Indications générales de la néphrostomie. — Il est sans intérêt de mettre en parallèle la néphrostomie et la néphrectomie, même en utilisant les statistiques qui ne sont le plus souvent qu'un assemblage de cas disparates. Le problème des indications de la néphrostomie ne peut être pratiquement envisagé, si l'on ne prend pour base les enseignements de la physiologie pathologique : l'opérateur doit, avant tout, vouloir la conservation ou le rétablissement des fonctions rénales.

Dans ces dernières années, sous l'influence des travaux de Küster et de Finger, des opérations conservatrices ayant pour but de rétablir le cours des urines en opérant sur l'urétère et le bassinet ont ajouté un nouveau chapitre au traitement des rétentions rénales. Il est nécessaire aujourd'hui, pour établir le bilan de la néphrostomie, de tenir compte de ces opération récentes.

Les conditions dans lesquelles on pratique la néphrostomie varient suivant la maladie pour laquelle on intervient. Nous étudierons successivement la néphrostomie dans l'anurie, dans les uronéphroses et dans les pyonéphroses.

1° Néphrostomie dans l'anurie. — Pour bien établir les indications de la néphrostomie et des différentes opérations qu'on pratique sur l'urétère et le bassinet dans l'anurie calculeuse il est nécessaire d'indiquer rapidement la physiologie pathologique de l'accès.

Il faut tout d'abord rappeler que, chez les calculeux rénaux, même dans la lithiase primitive sans infection, les deux reins présentent presque toujours des lésions plus ou moins avancées, que l'un de nous a décrites sous le nom de *néphrite aseptique des lithiasiques*. L'existence de ces lésions explique, à notre avis, les phénomènes différents qu'on observe à la suite de l'obstruction calculeuse de l'urétère et ceux qu'on voit consécutivement à la ligature aseptique expérimentale de ce conduit.

Lorsqu'un calcul interrompt brusquement le cours des urines, il est exceptionnel d'observer une rétention rénale de quelque importance au-dessus de l'obstacle, alors que l'uronéphrose est de règle dans la ligature uréthrale. Dans l'obstruction calculeuse il faut tenir grand compte, en ce qui regarde le rein du côté malade, non seulement de l'obstacle mécanique au cours de l'urine, mais encore et surtout des phénomènes congestifs du côté du rein et de la suppression par réflexe inhibitoire de la sécrétion rénale.

Il est nécessaire aussi de considérer que, dans la plupart des cas d'anurie calculeuse, le rein du côté opposé ne fonctionnait déjà plus avant l'attaque d'anurie. Dans un certain nombre de cas ce rein paraît normal ; mais, même alors, il peut présenter les lésions de néphrite aseptique dont nous parlions, lésions qui le rendent plus apte qu'un autre rein à subir l'influence inhibitoire d'un réflexe parti de l'autre rein (réflexe réno-rénal Guyon).

Il est enfin indispensable de tenir compte, dans l'établissement des indications, de la gravité de l'état général de la plupart des anuriques qu'on opère. L'état précaire de ces malades conduit le chirurgien à préférer les opérations les plus simples et les plus rapides, celles qui mettent le mieux à l'abri des phénomènes du shock opératoire si redoutables en pareil cas.

Ces considérations nous amènent à penser que, dans l'anurie calculeuse, l'acte opératoire doit être de courte durée ; s'il est préférable d'enlever le calcul qui obstrue les voies d'excrétion, le but de l'opération n'est pas l'extraction de la pierre. On doit avant tout s'efforcer de faire reprendre au rein sa fonction, de le mettre à même d'éliminer l'urine. En fait, les premiers opérateurs ont souvent dû se contenter d'ouvrir le rein sans pouvoir enlever le calcul ; le succès a justifié leur conduite et dans un certain nombre de cas on a vu le calcul s'éliminer spontanément par la suite. MM. Demons et Pousson ont insisté, avec grande raison, sur les avantages qu'il y a à se contenter de pratiquer la néphrostomie sans trop s'inquiéter du calcul.

Comparons maintenant les différentes opérations pratiquées dans l'anurie calculeuse.

L'*urétérotomie* a donné des succès, mais présente souvent des inconvénients. Lorsque le calcul est engagé au niveau du détroit supérieur ou près de la vessie, l'opération est longue et délicate, peu en rapport avec la gravité de l'état général de ces malades. Dans ces cas, même si le diagnostic était porté, nous donnerions la préférence à la néphrostomie. Lorsque le calcul se trouve engagé dans la portion supérieure de l'urétère, mieux vaut encore aller le chercher à travers l'incision de la néphrostomie, en essayant au besoin de le faire remonter dé l'urétère dans le bassinet : en agissant ainsi on peut explorer le rein et se rendre compte de l'existence ou de l'absence d'autres calculs. L'urétérotomie simple permet une exploration moins complète.

La *pyélotomie* présente sur la néphrostomie l'avantage de ne pas ajouter aux lésions d'un parenchyme rénal déjà altéré ; elle pourrait être indiquée lorsqu'il s'agit d'un calcul non ramifié qu'on sent aisément par la palpation dans le bassinet ; mais les enseignements de la physiologie pathologique nous font penser que le rétablissement de la fonction rénale est beaucoup mieux assuré par l'incision du parenchyme rénal que par celle du bassinet. Ce doit être en pareil cas l'objectif de l'opérateur.

La *néphrotomie* avec extirpation du calcul et suture immédiate du rein a été pratiquée avec succès dans un cas de Legueu. L'un de nous, dans une opération semblable pratiquée le 10e jour d'une anurie calculeuse, a eu un décès. Tenant compte de ce fait qu'un rein néphrotomisé et suturé paraît moins apte à bien sécréter qu'un rein laissé ouvert, nous pensons aujourd'hui que la néphrostomie simple est préférable dans ces cas à la néphrolithotomie avec suture immédiate. Nous ne voyons en faveur de la suture que l'absence de fistule consécutive ; mais il faut considérer que si l'urétère est libre, la cicatrisation du rein est rapide. Or cette liberté de l'urétère est une *condition indispensable* à la suture. Nous ferons remarquer, en faveur de la néphrostomie, la difficulté qu'on éprouve souvent à s'en assurer en faisant le cathétérisme rétrograde de l'urétère, la plus grande longueur de l'acte opératoire nécessitée par ce cathétérisme lui-même et par la suture du rein.

La *néphrostomie* nous paraît être l'opération de choix dans la grande majorité des cas d'anurie calculeuse. C'est l'opération de nécessité dans les cas très graves.

(*A suivre*).

culaires considérables (muscles pelvi-trochantériens) explique encore un grand nombre de cas, par l'affaiblissement des moyens d'union de l'article. Les lésions de décubitus entraînent aussi des positions du membre inférieur qui favorisent le relâchement articulaire par leur persistance exagérée. Un léger traumatisme, la simple contraction musculaire suffisent alors pour déterminer la luxation. Le *pronostic* d'une telle luxation dépend de sa nature et de son ancienneté. Le traitement consiste à faire la réduction, soit brusque, soit lente, et l'on est sûr de réussir dans les deux ou trois mois qui suivent, s'il n'y a pas de lésions articulaires graves. Mais on a pu constater que la cavité cotyloïde se comble entièrement par la production de tissu fibreux (fièvre typhoïde) dans certains cas. On doit alors se borner à obtenir une correction du raccourcissement et un rapprochement de la tête, soit par des mouvements rapides (von Dittel, Sonnenburg), soit par l'extension lente. Les troubles fonctionnels sont diminués d'autant.

L'intervention sanglante offre aussi une précieuse ressource, pour réintégrer la tête luxée dans sa cavité articulaire. Mais celle-ci peut être *irréductible*. Il faut alors, si elle est mobile, la réséquer. La guérison s'obtient avec un raccourcissement modéré. Si elle est fixée par des adhérences insurmontables, c'est à l'*ostéotomie sous-trochantérienne* qu'il faut s'adresser. Des opérations multiples peuvent être utilisées à l'exemple de Sonnenburg, qui, dans un cas de luxation coxo-fémorale post-typhique, fit l'*ostéotomie du col fémoral* pour corriger la flexion de la cuisse et plus tard l'*ostéotomie sous-trochantérienne* pour corriger la rotation en dehors et l'abduction.

Aug. Benoit.

Traitement de l'épistaxis et de l'hémoptysie par les lavements d'eau chaude (*Sem. médic.* 24 août 1898). — M. Tripier (de Lyon), qui avait déjà traité avec succès les hémorragies stomacales par les lavements d'eau chaude, a été tout aussi heureux en appliquant sa méthode aux hémorragies nasales répétées, de quelque origine qu'elles soient. Les hémoptysies du début de la tuberculose sont elles-mêmes justiciables de ce traitement. L'eau doit être portée à la température de 45° à 50° et les lavements sont donnés 3 fois par jour pendant 5 ou 6 jours.

Aug. Benoit.

Maladies des voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des affections ulcéreuses de l'estomac (*Therap. Monatshefte*, septembre 1898). — Czygan a été frappé, comme beaucoup d'autres praticiens, de la faible mortalité accusée par Leube, pour les malades diagnostiqués par lui comme présentant un ulcère stomacal (2,4 0/0 de mortalité), alors que Mikulicz a trouvé 25 à 30 0/0 pour les cas observés par lui. Il faut conclure de ces contradictions que le diagnostic d'ulcère stomacal manque quelque peu de précision, et que l'ulcère n'est qu'un phénomène se présentant au cours d'une maladie qui offre à considérer de nombreuses particularités pathologiques. Le chirurgien n'est appelé à faire le diagnostic d'ulcère que dans les cas où les symptômes sont indiscutables, tandis que le médecin soupçonnera souvent une affection ulcéreuse à son début et instituera un traitement approprié avant que tous les symptômes pathognomoniques ne se soient manifestés au grand complet. Le médecin tiendra compte, pour instituer un traitement, du degré d'acidité du suc gastrique, de l'état de la musculature de l'estomac, etc.

Le traitement médical de l'ulcère confirmé (hémorragies, douleurs violentes, vomissements fréquents) est trop connu, selon l'auteur, pour qu'il y ait lieu de le décrire à nouveau. Il y aurait lieu, toutefois, de recourir, en dehors du traitement classique, aux injections sous-cutanées de morphine et d'atropine, qui donnent des résultats hémostatiques parfois surprenants.

Quand ces symptômes commencent à s'amender, il faut chercher à obtenir une plus grande activité de la musculature stomacale. Les grands lavements aqueux ou huileux seront ici d'un grand secours, car ils exercent une action tonique indirecte sur les mouvements péristaltiques de l'estomac. Pour lutter contre l'hyperacidité, l'auteur donne la préférence à la magnésie calcinée. Il va sans dire que l'alimentation sera dirigée selon les règles usuelles.

Le traitement le plus important est celui qu'il s'agit d'instituer après guérison obtenue. Il faut alors intervenir énergiquement par le massage et l'électricité pour fortifier la musculature, recommander l'exercice physique. Comme médication, on donnera la

préférence à la strychnine et aux purgatifs légers.

S'il se développe une sthénose pylorique, il ne faut pas hésiter à confier le malade au chirurgien. On sait, en effet, qu'à la suite de la gastro-entérostomie on voit peu à peu l'hyperacidité disparaître.

E. VOGT.

De la Cholécystectomie, par M. DESGUIN (*Annales de la Société Médico-Chirurgicale d'Anvers*, 1er juin 1898). — L'auteur présente une monographie basée sur 6 cas (1) suivis de guérison, dans laquelle il prône les bons effets définitifs d'une intervention qui n'a pas la gravité qu'on semble lui attribuer. Si on la compare à la salpingectomie, avec laquelle elle offre de nombreux rapports, puisqu'il s'agit, dans l'une et l'autre affection, de collections viscérales fermées ayant subi l'infection, on peut affirmer que la mortalité n'est pas supérieure. L'indication primordiale est la *douleur*, qu'il y ait ou non tumeur de la vésicule. Le traitement médical, qu'il faut toujours instituer en premier lieu, guérit bien la *colique*, mais non *la cause*. La terminaison favorable spontanée ne se fait qu'au prix de longues années de souffrance par l'atrophie de la vésicule. Dès lors, les lésions étant le plus souvent incurables, par suite de la persistance de la septicité, qui engendre elle-même la *lithiase*, il est logique d'enlever un organe dont la suppression n'est pas plus préjudiciable que celle d'une trompe utérine ou de l'appendice vermiforme. Beaucoup d'auteurs préconisent le *drainage de la vésicule* ou cholécystostomie. Sans doute, la septicité peut être combattue par ce moyen, mais il reste des dangers de récidive et celui de la fistule consécutive. Aussi vaut-il mieux faire d'emblée la cholécystectomie.

L'*obstruction du cholédoque* est-elle une contre-indication ? Nous laissons de côté l'obstruction par cancer. La cholécystentérostomie est la seule opération à pratiquer dans ce cas. Si l'on trouve un calcul dans le cholédoque, l'indication primordiale consiste à le faire progresser ou à l'enlever. Une fois cela fait, on peut se demander comment il convient de traiter la vésicule. Si celle-ci est malade et contient des calculs, il y a toutes les chances pour que l'obstruction se reproduise; il faut faire la résection partielle ou totale de la vésicule. Si l'on a des raisons de penser que la lithiase est d'origine intra-hépathique, on peut la respecter. En tout état de cause, MM. SCHWARTZ et MICHAUX ont préféré enlever le vésicule, après avoir libéré le cholédoque. On met de son côté des chances de guérison plus durable. On se montrera plus hésitant pour pratiquer la cholécystectomie, si le cholédoque a déjà été plusieurs fois manifestement obtrué, si les malades ont eu de l'ictère etc... Car ce serait alors une autre intervention qui serait indiquée. D'ailleurs, même au cas où l'on ferait la résection de la vésicule, il resterait la ressource de la lithotripsie, de la cholédochotomie et de la cholédochentérostomie, si le canal cholédoque s'obstruait de nouveau. Les seules contre-indications sont l'état de faiblesse du patient ou les adhérences de la vésicule et du cystique impossibles à vaincre. En ce cas, on fera la stomie, comme pis aller.

Comme *technique opératoire*, trois points particuliers. L'*incision* : si l'on n'a que la vésicule à découvrir, incision verticale le long du bord externe du muscle droit. Dans le cas douteux, où l'on veut examiner le cholédoque, incision coupant obliquement le creux épigastrique, comme pour la résection du pylore. Le *traitement du pédicule* : l'auteur renonce à faire la suture péritonéale, trop délicate et incertaine. Comme pour la trompe, il fait une seule ligature solide, avec désinfection au thermocautère. Il conseille le gros catgut en assurant le nœud par un fil de soie fine. Enfin le *drainage* doit être supprimé toutes les fois que la prudence ne s'y oppose pas en exigeant la création d'une soupape de sûreté. La persistance des fistules qu'il entraine trop souvent est parfois décourageante.

AUG. BENOIT.

Valeur thérapeutique de l'urée dans le traitement de l'ascite au cours de la cirrhose atrophique. L'urée comme diurétique, par SABRAZÈS et DION (*Revue de Médecine*, p. 709, septembre 1898). — Après avoir été préconisée et employée, en France, comme diurétique, pendant la première moitié de ce siècle, l'urée n'ayant pas tenu toutes les promesses qu'on avait fondées sur elle, semblait devoir être bannie de la pharmacopée. Mais de récents travaux publiés à l'étranger tendent à la remettre en faveur.

En 1892, M. Friedrich (de Buda-Pesth) l'a administrée avec succès à trois cirrhotiques avec ascite.

G. Klemperer a confirmé l'efficacité de l'urée dans ces cas : sous l'influence de cette médication, la diurèse augmente considérablement et les épanchements ascitiques symptomatiques de la cirrhose se résorbent en quelques semaines.

(1). Tous concernent des femmes.

La dose quotidienne d'urée est progressivement portée de 10 à 20 grammes, en solution dans l'eau, et prise par cuillerées à bouche d'heure en heure. On n'observe aucun phénomène d'intolérance.

Deux ascitiques ainsi traités prenaient de fréquentes purgations à base de séné et de sulfate de soude; ils restaient alités et étaient soumis au régime lacté mitigé (2 litres par jour).

Plus récemment, G. Klemperer a expérimenté l'urée sur une plus vaste échelle. L'action diurétique se manifeste surtout dans l'ascite, au cours de la cirrhose atrophique, et dans les épanchements pleuraux. Le résultat est négatif si le filtre rénal est compromis.

Bignone, par contre, n'a retiré aucun bénéfice de l'urée dans les cirrhoses atrophiques et hypertrophiques.

J. Sabrazès et Fontan ont administré l'urée chez quatre cirrhotiques, ayant au préalable dressé pour chaque malade une courbe de l'excrétion urinaire après l'institution d'un régime fixe.

L'urée n'a exercé une action diurétique que chez un seul de ces malades. Or, il s'agissait, dans ce cas, d'une cirrhose commençante d'allures bénignes, chez un saturnin.

En somme l'urée ne paraît efficace que dans les formes bénignes de cirrhose atrophique avec ascite.

Lorsque l'oligurie est persistante et réfractaire aux diurétiques les plus communément employés, lait, nitrate de potasse, etc., l'urée, à la dose de 20 grammes, ne produit que des ascensions passagères de la courbe du volume des urines et ne réussit pas à arrêter le flot montant de l'ascite.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire, Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Streptococcie pulmonaire. Injection de sérum antistreptococcique. Guérison, par Clozier (*Revue de médecine*, p. 750, septembre 1898). — Observation d'un jeune garçon de 13 ans, atteint d'une affection pulmonaire aiguë se traduisant à l'auscultation par des râles fins aux bases, par du souffle bronchique au niveau de la partie moyenne du poumon gauche, enfin aux sommets par de nombreux râles muqueux, à petites, à moyennes et à grosses bulles, qui, en certains points, donnent presque l'illusion du gargouillement.

Les crachats contiennent des streptocoques en grande quantités et des pneumocoques.

Le traitement médical ordinaire n'ayant déterminé aucune amélioration, on pratique, vingt jours après le début des accidents, une injection de sérum antistreptococcique de 20 centimètres cubes environ. Les trois jours suivants, on fait quotidiennement une injection de 10 centimètres cubes, puis on injecte 20 centimètres cubes chaque jour pendant trois autres jours, et finalement on redescend à 10 centimètres cubes par jour, pendant trois jours encore. Au moment où l'on cesse la médication la situation est très notablement améliorée; les poumons ont repris presque intégralement leurs fonctions normale. A partir de ce moment, l'état du malade s'améliora progressivement.

G. Lyon.

De la paracentèse du péricarde, par Giraudeau (*Semaine Médicale* n° 47, 377, 1898). — La paracentèse du péricarde doit être pratiquée de bonne heure; il ne faut pas attendre que la dyspnée et la cyanose soient intenses, le pouls imperceptible, les extrémités inférieures refroidies et enflées, car l'on expose le malade à tous les dangers de l'asystolie. En temporisant on laisse s'aggraver la dégénérescence du myocarde, on risque de voir se produire une syncope mortelle ou une thrombose pulmonaire. Si la sonorité pulmonaire en arrière, à la base gauche, est exagérée, la quantité de liquide contenu dans le péricarde est suffisante pour justifier la paracentèse.

La ponction doit être précédée d'une ponction exploratrice, qui est d'un grand secours pour faire accepter ultérieurement au malade le paracentèse du péricarde. On pratique la ponction soit avec l'aiguille creuse de l'appareil Dieulafoy, soit au moyen du trocart de l'appareil Potain. On n'ose pas toujours, dans la crainte de blesser le cœur, traverser les parties molles d'un coup sec, et, si l'on ne donne pas celui-ci, on ne pénètre pas facilement dans la cavité péricardique, car la résistance vient presque tout entière de la peau. Aussi est-il bon, après avoir choisi l'endroit de la ponction, de pratiquer à l'aide d'une lancette ou d'un bistouri bien pointu, non pas une incision, mais une piqûre comprenant toute l'épaisseur de la peau; ceci fait on introduit le trocart dans ce petit orifice; il suffit alors de le pousser doucement pour lui faire traverser les plans musculaires et fibreux de l'espace intercostal.

On pratique la paracentèse dans le quatrième ou le cinquiéme espace intercostal gauche, à 5 ou 6 centimètres en dehors du sternum (Dieulafoy). M. Rendu, pensant que le liquide épanché descend plus bas que la pointe du cœur, a proposé de ponctionner le sixième ou même le septième espace intercostal gauche; mais à ce niveau la ponction n'est pas toujours facile, en raison de l'étroitesse de l'espace.

La ponction faite au lieu d'élection a l'inconvénient de traverser, presque à coup sûr le cul-de-sac pleural gauche (Delorme) : mais on n'a jamais signalé de pneumothorax à la suite de la paracentèse du péricarde et la, pleurésie par inoculation au passage n'est guère à redouter si l'on fait usage d'un trocart ou d'une aiguille stérilisée.

Quant à la blessure du cœur, elle n'est pas à redouter si l'on pratique exactement la ponction au lieu d'élection; d'ailleurs la ponction exploratrice préliminaire met à l'abri de chances de piqûres.

Pas plus que la thoracentèse, la paracentèse n'est un moyen de guérison ; elle ne préserve pas de la symphyse cardiaque.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Evolution, pronostic et traitement de l'hémiplégie organique, par Gilles de la Tourette (*Semaine Médicale*, n° 46, p. 369, 1898). — Le traitement prophylactique de l'hémorragie cérébrale est celui de l'artério-sclérose, à laquelle ressortit presque toujours la rupture artérielle qui produit l'épanchement sanguin.

On devra, d'autre part, chercher à éviter les variations brusques de la pression artérielle qui pourraient occasionner la rupture d'un vaisseau déjà malade; pour répondre à cette indication, toutes les causes de congestions encéphaliques devront être soigneusement évitées: travaux intellectuels, émotions morales vives.

Il faudra de plus éviter de passer brusquement à des températures très différentes. Sous l'influence d'un froid vif, le sang reflue de la périphérie vers le centre et il n'est pas rare, en hiver, de voir des individus frappés brusquement dans la rue d'un ictus apoplectique lié à l'hémorragie cérébrale. On proscrira aussi le séjour dans des appartements surchauffés.

Les excès de toute nature, devront être sévèrement interdits : les repas trop copieux, surtout le soir avant le sommeil, pendant lequel il se produit une congestion physiologique de l'encéphale, et notamment l'abus des boissons alcooliques qui exaltent momentanément la tension artérielle.

Les excitations génésiques sont des plus préjudiciables; l'hémorragie cérébrale n'est pas rare pendant le coït.

Lorsque l'hémorragie est survenue et que le malade est dans le coma, il n'existe pas de moyen d'intervenir sur l'artère qui saigne en plein cerveau ni d'agir sur le foyer hémorragique qui s'est produit; tout ce que l'on peut faire, c'est de s'efforcer d'abaisser, si possible, la pression artérielle, générale et locale.

Pour abaisser la pression centrale, il faut exciter la circulation périphérique par des frictions énergiques sur les téguments, par des révulsifs, des sinapismes appliqués sur les membres inférieurs. On administrera un lavement purgatif, qui n'aura pas seulement pour but d'évacuer le contenu du gros intestin, mais encore en excitant la sécrétion de cet organe, diminuera d'autant la masse sanguine. La saignée, si vantée autrefois, ne peut avoir qu'une action bien limitée sur le foyer d'hémorragie; elle est toutefois formellement indiquée, si le pouls, vibrant et fort, dénote nettement l'érhétisme vasculaire. L'application de sangsues derrière les oreilles ne permet pas d'obtenir une déplétion sanguine suffisante; d'ailleurs elle n'a pas d'action locale, car la circulation intra-encéphalique n'a que des rapports assez restreints avec celle des téguments de la tête et du cou.

En vérité, le rôle du médecin, dans l'hémorragie cérébrale, est surtout utile pour la prescription et l'application des soins hygiéniques que nécessitent les malades paralysés. La vessie doit être surveillée et vidée, s'il y a lieu, avec les précautions d'asepsie de rigueur. On ne négligera pas les soins de la bouche, les lotions générales tièdes, notamment sur les régions où se produisent d'ordinaire des eschares susceptibles de s'infecter.

Aussitôt que les mouvements de déglutition seront possibles, ont donnera du lait froid, du bouillon par cuillerées. Un purgatif léger sera utile à ce moment.

Quand le malade est sorti du coma et s'est réveillé hémiplégique, il faut pratiquer des mobilisations précoces des membres paralysés pour éviter l'arthrite qui limite les mouve-

ments et tient sous sa dépendance directe l'atrophie musculaire.

On fera deux fois par jour une séance de mobilisation ; tous les efforts porteront sur le membre supérieur, sur l'articulation de l'épaule, celle qui a le plus de tendance à s'ankyloser.

On mobilisera une à une les articulations des doigts, du poignet, et du coude, et l'on fera exécuter au bras les mouvements les plus étendus qui se passent dans l'articulation scapulo-humérale, en le portant dans toutes les positions physiologiques. On terminera par un léger massage des muscles, en allant de leur insertion musculaire à leur terminaison tendineuse. La faradisation, que l'on emploie communément, présente plus d'inconvénients que d'avantages; des secousses faradiques trop intenses, trop fréquemment renouvelées excitent l'état spasmodique qui est toujours en puissance dans les membres paralysés. Gilles de la Tourette ne se sert pas de l'électricité avant les dix ou quinze premiers jours qui suivent la sortie de l'ictus apoplectique. Il termine alors la séance de mobilisation et de massage en faisant passer pendant huit à dix minutes un courant galvanique, et non faradique, de faible intensité dans les membres atteints. Le pôle positif est placé dans la région dorsale supérieure s'il s'agit du membre supérieur, dorsale inférieure pour ce qui est du membre inférieur, sous forme d'une large plaque, et le large tampon négatif est promené sur les masses musculaires paralysées.

A l'aide de l'interrupteur, en donnant un peu plus d'intensité, il termine par quelques secousses qui se produisent aussi bien qu'avec le courant interrompu.

Les règles qui viennent d'être formulées s'appliquent aussi bien au membre inférieur qu'au membre supérieur; on mobilisera avec soin les jointures, en particulier l'articulation coxo-fémorale.

Ces manœuvres doivent être continués pendant plusieurs mois avec assiduité.

Chez les hémiplégiques droits, dont la paralysie est incomplète, on peut combattre l'agraphie par la rééducation de l'écriture.

Les moyens médicamenteux n'ont aucune action chez les hemiplégiques; on se bornera à prescrire, en outre des règles d'hygiène physique déjà mentionnées, l'usage de l'iodure de potassium à petites doses.

G. LYON.

Traitement de l'épilepsie par la sympathectomie, par M. LANNOIS (de Lyon) (*Congrès français des Aliénistes*. Angers, août 1898). — L'idée de réséquer le sympathique a été émise par Alexander, en 1889; l'auteur préconisait l'ablation du ganglion cervical supérieur pour guérir l'épilepsie. Par la suite, nous avons vu MM. Jaboulay et Jonnesco enlever de plus ou moins grandes portions du cordon cervical et proclamer les remarquables effets de cette intervention. Faut-il abandonner l'espoir de voir ce traitement aboutir ? C'est ce qu'il semble ressortir de la communication de M. Lannois (de Lyon), qui a répété plusieurs fois cette opération, en commun avec M. Jaboulay, qui l'introduisit en France. Les malades améliorés étaient des hystéro-épileptiques, c'est-à-dire des sujets sensibles à l'autosuggestion, au choc traumatique, etc... Les autres, sont demeurés stationnaires ou ont été aggravés.

AUG. BENOIT.

Traitement pharmaceutique de la migraine. (*Archives et Psychiatrie russe* n° 1, 1898). Le Dr KOVALEWSKY propose l'emploi prolongé (pendant deux ans avec des intervalles) d'un bromure combiné avec le strophantus et la cocaïne (dans les cas où l'on aura affaire à un alcoolique on remplacera la cocaïne par la teinture de noix vomique). Ces substances seront prescrites d'après la formule suivante :

Bromure de sodium.....	8 gr.
Teinture de strophantus...	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne...	0 10 cent.
Eau de fleur d'oranger....	180 gr.

A prendre une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Pendant l'accès, pour diminuer son intensité, Kovalewky prescrit les substances suivantes : la caféine (0,30 cent), la phénacétine (0,50 cent. 1 gr.), l'antipyrine (1 gr.), l'antifébrine 0,50 cent. 1 gr.), ou bien un mélange d'antipyrine et de caféine.

B. TAFT.

Traitement mécanique de la migraine (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 35, 1898). — SARACON recommande un appareil qui rappelle l'aspect d'un bandage herniaire double : les pelotes viennent s'appliquer de chaque côté sur la région temporale, qu'elles compriment énergiquement. L'auteur dit avoir enregistré de nombreux succès avec sa méthode.

E. VOGT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité à l'hôpital de la Charité.

Pansements consécutifs au curettage utérin (*La Clinique de Bruxelles* in *Scalpel*, 25 septembre 1898). — M. VERNEUIL conseille, pour éviter l'infection des culs-de-sac vaginaux et du col de la matrice après le curettage, de procéder de la façon suivante : Le curettage terminé, on pratique une irrigation de la cavité utérine pour la débarrasser de tous les débris qu'elle contient : on frotte ensuite ses parois avec un tampon monté sur une pince et imprégné d'une solution de formaline à 1.5 0/0 et on les assèche avec de la ouate hydrophile. On introduit alors dans l'utérus une mèche de gaze iodoformée, que l'on tasse lorsque le suintement sanguin est abondant, ou dont on ne met que quelques centimètres s'il n'y a pas d'hémorragie. Ceci fait, on recouvre les culs-de-sac et le col de gaze iodoformée, on remplit le vagin de coton hydrophile et, enfin, on applique un pansement aseptique sur la vulve.

Pour les pansements qui suivent, on commence par bien nettoyer les organes génitaux externes ; puis, après avoir introduit un gros spéculum cylindrique dans le vagin, on retire les tampons d'ouate au fur et à mesure que l'instrument progresse. On s'arrête au moment où l'on arrive sur le tampon qui protège les culs-de-sac et le col. On saisit alors à l'aide d'une longue pince des morceaux d'ouate imbibés d'une solution de formaline à 2 0/00 et on lave avec précaution toute la paroi vaginale en même temps qu'on retire lentement le spéculum. Le canal vaginal ayant été ainsi aseptisé, on y introduit des valves, on enlève les restes du pansement, on badigeonne le col et les culs-de-sac avec la solution formalinée sans pratiquer d'irrigation intra-utérine, et, enfin, on applique un nouveau pansement identique à celui qui a été fait le jour même de l'opération, mais sans placer de mèche de gaze dans la cavité de la matrice,

En dehors de celle que l'on pratique immédiatement après le curettage, M. Verneuil rejette donc toute irrigation intra-utérine ou vaginale qui risque de faire perdre le bénéfice de l'asepsie réalisée.

On doit continuer les pansements pendant tout un mois; après ce temps seulement la muqueuse utérine se trouve complètement régénérée et peut résister aux germes infectieux. On évitera de la sorte les récidives de l'endométrite dues à des pansements post-opératoires insuffisamment aseptiques et appliqués pendant un temps trop court.

R. BLONDEL.

Des causes d'irréductibilité dans l'inversion utérine et de leur traitement Nouveau procédé opératoire, par M. DURET (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 9 juillet 1898). — L'inversion utérine serait, d'après les auteurs, une affection assez rare (1 cas sur 190.000 accouchements selon Beigel). Cependant M. Duret en a déjà vu et opéré trois cas dans la seule région du Nord.

On distingue l'inversion *aiguë* et l'inversion *chronique*. L'une et l'autre peuvent parfois être réductibles par des moyens très simples.

Denucé cite des cas où la réduction a été obtenue sans intervention sanglante 20 à 22 ans après le début.

La réduction manuelle doit être tentée dans tous les cas avant l'intervention chirurgicale. Dans une autre variété d'inversion utérine (inversion polypeuse), où le renversement de l'utérus est dû à l'entraînement du fond de l'organe à la suite du polype engagé dans le vagin, la réduction est souvent effectuée facilement après l'ablation ou l'énucléation du fibrome.

Dans d'autres circonstances, l'inversion utérine est réductible. Mais sitôt la réduction obtenue, l'inversion se reproduit; il se passe là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans certaines hernies ou prolapsus, qu'on refoule facilement dans l'abdomen, mais qui ne peuvent y rester contenus. C'est ce que l'on désigne sous le nom d'*incoercibilité* de l'inversion. L'organe est flasque, paralysé ; l'électrisation, l'ergot de seigle restent sans effet ; la matrice reprend constamment la position inversée. Baldy dans un cas de ce genre ne réussit même pas à la maintenir en place, en suturant le fond à la paroi abdominale, par une hystéropexie méthodique.

Enfin, dans un certain nombre de cas, qu'il s'agisse d'inversion aiguë ou chronique, les différents procédés de taxis employés échouent complètement et l'on peut dire qu'il y a *irréductibilité absolue*.

Cette irréductibilité absolue est d'ailleurs bien établie par quelques faits cliniques très démonstratifs. Velpeau, chez une femme qui vint mourir, dans son service, de métrorrha-

gies dues à une inversion, ne put, au moment de l'autopsie, arriver sur le cadavre à réintégrer l'utérus en position normale. Mundé ne réussit pas mieux, même après ouverture de l'abdomen, en ayant les pièces en main, à dilater le col. Legueu, sur un utérus inversé, enlevé par l'hystérectomie, ne put obtenir de réduction.

Les principales causes qui rendent certaines inversions irréductibles sont les suivantes :

1° *La contraction utérine.* — Une observation de Valentin, de Vitry, en fournit un exemple typique. La matrice, à la suite d'une inversion datant de 16 mois, était comme un véritable doigt de gant; mais à la moindre pression, elle se contractait pour se pelotonner contre le col : dans les essais de réduction, elle se durcissait en s'arrondissant ; les mêmes difficultés persistaient.

2° *Le spasme du col.* — Le col, contracturé, enserre fortement le pédicule de l'utérus inversé, comme ferait un sphincter et empêche complètement le refoulement de l'organe à travers son orifice rétréci.

3° *Turgescence utérine.* — C'est une des causes les plus fréquentes de l'irréductibilité. L'utérus, étranglé au niveau du col, devient turgescent, œdémateux; le retour du sang veineux est entravé, tandis que l'afflux du sang artériel peut encore se faire ; il en résulte une augmentation du volume du fond de l'organe. Au contraire, le col, demeuré en place, subit son involution normale et se rétracte, tandis que l'involution utérine se trouve empêchée. Le tissu utérin est friable, saignant au moindre contact et se déchire à toute tentative de replacement. D'où la perforation possible, et fréquemment observée.

4° *Transformation fibreuse de l'utérus.* — Plus tard, dans les cas anciens, les éléments anatomiques se transforment, deviennent durs, fibreux et n'ont plus assez de souplesse, d'élasticité, pour permettre au globe utérin de se retourner sur lui-même. Parfois, la transformation fibreuse se cantonne exclusivement au voisinage du col utérin, qui forme un anneau dur, rigide et très rétréci.

Du côté de la cavité abdominale, l'utérus inversé forme un entonnoir, un infundibulum tapissé par la séreuse péritonéale et les transformations qui s'effectuent dans l'intérieur de cette cavité constituent une cinquième cause d'irréductibilité qui est

5° *La transformation de l'infundibulum péritonéal.* — L'orifice de l'infundibulum se contracte et se durcit ; il est retréci, froncé comme l'ouverture d'une bourse fermée. La sclérose s'étend également aux organes voisins, tissu cellulaire, ligaments larges, trompes et ovaires, qui, prolabés dans l'infundibulum, peuvent se trouver resserrés par l'orifice, et sont, en tout cas, dans une situation qui modifie leur circulation et leur nutrition. Dans le but de faire céder la résistance de l'orifice péritonéal, Gaillard Thomas a imaginé d'ouvrir l'abdomen, de rechercher cet orifice et de le dilater fortement à l'aide d'une pince spéciale. Il perdit une de ses deux opérées.

6° *Les poussées inflammatoires dans l'infundibulum.* — L'infundibulum est parfois le siège de poussées inflammatoires, de *péritonites infundibulaires*, suivies de production de fausses membranes, qui se rétractent, agglutinent et soudent entre elles les parois de l'infundibulum, les replis des ligaments larges, les annexes, les anses intestinales prolabées. Ces adhérences une fois constituées opposent un obstacle absolu à la réduction.

En résumé, les causes d'irréductibilité tiennent, à l'utérus lui-même, à la disposition de l'infundibulum, aux adhérences qu'il contracte avec les organes voisins. Cependant, en présence d'une inversion utérine non réduite, il n'y a pas à hésiter: il faut intervenir. Les hémorragies répétées, l'anémie consécutive, les infections secondaires, dues à des ulcérations de la muqueuse, ne tardent pas à compromettre l'état général et mettent finalement la vie de la femme en danger. Même en dehors de ces accidents redoutables, l'inversion utérine constitue une triste infirmité, d'autant plus fâcheuse, qu'il s'agit de femmes jeunes et bien constituées.

L'auteur passe en revue les différents procédés de réduction, qui ont été essayés :

Procédé de douceur (sorte de taxis, consistant à malaxer avec les doigts le fond de l'utérus, et à lui faire franchir le col en exerçant des pressions continues et ménagées : applicable uniquement aux inversions récentes, non incoercibles). *Pessaires* (pessaires à air, pessaires à eau qui, introduits dans le vagin, comprimeraient le fond de l'utérus et tendraient à le refouler peu à peu. Ces procédés ne sont pas innocents ; ils ont souvent déterminé des ulcérations, de la gangrène et même des perforations).

Ponueg, chirurgien canadien, a employé un procédé assez ingénieux. Plusieurs anses élastiques sont passées à travers le col et fixées d'autre part au pourtour du pavillon d'un stéthoscope. L'autre extrémité du stéthoscope prend point d'appui sur le fond de l'utérus inversé et exerce ainsi sur lui une pression

continue qui tend à le refouler en haut. Ce procédé, appliqué dans un certain nombre de cas, a plusieurs fois été suivi de mort.

Pozzli préconise le tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, répété régulièrement pendant des semaines. L'œdème inflammatoire, la turgescence utérine diminuent et il est quelquefois possible de réduire ensuite.

Procédés chirurgicaux. — Les opérations pratiquées pour réduire l'inversion ont consisté surtout en des *incisions*, des *libérations* du col utérin. Mais les incisions, qui doivent remonter assez haut, n'ont pas toujours été inoffensives : elles ont donné lieu souvent, d'après Dénucé, à des hémorragies graves, à des péritonites, et presque toujours sont restées insuffisantes. Dans deux cas célèbres, Gaillard Thomas essaya de dilater l'infundibulum péritonéal, après avoir ouvert l'abdomen. Une de ses malades mourut des suites de l'opération (1885-86). Malins, Schmalfuss, même après la laparotomie, ne purent obtenir la réduction. En 1885, Mundé, par la voie abdominale, n'en obtint pas davantage, bien qu'il s'efforçât d'attirer le fond de l'utérus avec une ficelle fixée à l'aide d'un bouton introduit par le vagin.

En somme tous les procédés d'incision du col ont donné de mauvais résultats; un seul succès et quatre résultats déplorables.

Otto Küstner ouvre largement le cul-de-sac postérieur du vagin, pénètre dans la cavité de Douglas, en détruisant les adhérences avec soin. Puis il engage un doigt dans l'anneau d'étranglement de l'infundibulum péritonéal. Il fait alors une incision médiane postérieure sur l'utérus prolabé dans le vagin, s'étendant de deux centimètres du fond jusqu'à deux centimètres de l'orifice externe du col. La paroi postérieure de l'utérus est donc coupée dans toute son épaisseur, de la surface muqueuse à la surface péritonéale. On essaye la réduction, l'index introduit dans l'infundibulum soutenant le col, et le pouce de la même main repoussant et retournant le fond de l'utérus. On termine en suturant la longue incision utérine et le cul-de-sac de Douglas. Ce procédé très méthodique, d'ailleurs, n'est peut être pas sans danger (hémorragie) et risquera parfois d'être insuffisant, quand on voit que les opérateurs ne réussissent pas, pièces en mains, après les autopsies ou les hystérectomies à obtenir le retournement, M. Duret l'a essayé deux fois sans succès.

Quand la réduction ne peut être obtenue par aucun de ces procédés, il faut bien en arriver à l'ablation de l'utérus.

Le moyen le plus simple est l'excision simple de tout ce qui dépasse le col ; mais il y a dans ces cas d'abord dangers d'hémorragies et d'infections et aussi de blessure de l'intestin, les anses intestinales se prolabant assez souvent dans l'infundibulum.

On a conseillé, dans le même ordre d'idées, d'étrangler et de sectionner le pédicule avec l'écraseur linéaire ou la ligature élastique, procédé récemment perfectionné par Périer.

La cure est longue ; avec la ligature élastique, au moment de la séparation de l'utérus sphacélé, les dangers d'infection persistent; la mortalité est restée élevée.

Aussi quand on n'arrive pas à réduire l'utérus, l'auteur estime que la méthode de choix est l'hystérectomie vaginale totale. Voici le procédé que M. Duret a mis en pratique chez une malade auprès de laquelle toutes les tentatives de réductions directes avaient échoué, procédé qui diffère de tous ceux décrits jusqu'à ce jour.

1er temps. — *Incision du cul-de-sac postérieur*, immédiatement en arrière de l'utérus. Cette incision est faite transversalement sur une étendue de 3 centimètres. Préalablement le fond de l'utérus a été saisi avec une pince de Museux et attiré au dehors; sous cette traction, le col s'inverse complètement à son tour et se présente par sa face profonde, reconnaissable, aux rameaux de l'*arbre de vie*.

2e temps. — *Incision verticale médiane postérieure de tout l'utérus*, depuis la lèvre antérieure de l'incision vaginale jusqu'au fond de l'utérus. Cette incision qui part du milieu de l'incision vaginale divise le col dans toute son épaisseur, ainsi que la paroi de l'utérus et va de la muqueuse jusqu'au péritoine, qui tapisse l'infundibulum.

3e temps. — *Réduction de l'inversion utérine.* — Grâce à la large libération obtenue par la section du col et de la paroi postérieure de l'utérus inversé, il est facile de réduire sur place l'inversion utérine. Les deux *coques* ou moitié de l'utérus, encore unies en avant, sont retournées sur place. La muqueuse, qui se présentait à l'extérieur se trouve rentrée dans l'intérieur de la cavité utérine et la ligne de section, auparavant postérieure, devient antérieure.

4e temps. — *Reconstitution du corps utérin jusque l'isthme.* — La ligne de section de l'utérus est suturée en commençant par le fond de l'organe jusqu'à l'isthme : 1° par un plan de suture profond muco-muqueux ; 2° par un plan superficiel, comprenant muscle et péritoine ; tous deux en catgut.

5e TEMPS. — *Reposition de l'utérus.* — L'utérus se présentant désormais par sa face péritonéale, reste encore dans le vagin. Il faut le réintégrer par la boutonnière vaginale du cul-de-sac postérieur, jusque dans l'excavation. Cette ouverture, trop étroite pour permettre de réintroduire le fond de la matrice, est agrandie par une incision secondaire médiane partant de la lèvre postérieure de l'incision primitive et poursuivie perpendiculairement vers le rectum. Par cette large fente peut être effectuée facilement la *reposition* de l'utérus, à condition de fixer les lèvres de l'incision par deux pinces maintenues par un aide.

6e TEMPS. — *Reconstitution du col utérin.* — Après refoulement du corps utérin dans l'excavation, il faut terminer l'opération par la reconstitution du col utérin, resté ouvert en arrière. Pour cela, la lèvre antérieure du col est saisie avec une pince de Museux et attirée en bas; on fait la suture depuis l'isthme jusqu'au bas du col. Deux plans de suture au catgut comme précédemment.

Deux gros drains sont introduits par la boutonnière vaginale jusque dans l'excavation; tamponnement à la gaze iodoformée, de façon à empêcher la rétroversion de l'utérus.

L'ouverture vaginale est laissée largement ouverte.

Les résultats opératoires ont été excellents; la femme n'a jamais eu d'élévation thermique et se levait au 15e jour.

Cette intervention, beaucoup plus radicale que l'opération d'Otto Küstner, permettra d'éviter dans bien des cas l'hystérectomie totale.

R. BLONDEL.

L'eucaïne B comme anesthésique local en cas de rupture du périnée et de curettage de l'utérus (*The Western Med. Review*, 7-15 juillet 1898). — SHIDLER recommande, dans les cas où l'anesthésie générale est refusée ou impraticable, l'emploi de l'eucaïne B; peut-être même, lorsqu'il s'agit de périnéorrhaphie, vaudrait-il mieux toujours choisir l'anesthésie locale, car on évite ainsi les nausées, les vomissements, si préjudiciables parfois à l'obtention d'une bonne cicatrice.

Pour anesthésier le col utérin, on se servira d'une seringue munie d'une aiguille longue; l'injection sera faite à un centimètre environ de distance de l'orifice du col; on introduira sous la muqueuse 2 à 4 gouttes d'une solution aqueuse saturée d'eucaïne B: ceci fait, on enfonce l'aiguille de 2 à 3 centimètres, parallèlement au canal cervical, et on injecte à nouveau 4 à 5 gouttes: enfin, on pénètre jusqu'à la région de l'orifice interne, où l'on injecte à nouveau 4 à 6 gouttes. On procède ainsi aux quatre points cardinaux, en restant toujours à un centimètre environ de l'orifice externe. Ensuite, on étale bien le col et on injecte dans la cavité utérine 8 à 16 grammes de la solution: 2 à 4 minutes après, on fait une injection détersive intra-utérine avec de l'eau stérilisée aussi chaude que possible, et l'on procède ensuite au curettage qui est alors très bien supporté.

En cas de périnéorrhaphie, on fera les injections à 1 — 1 centim. 1/2 de distance du rebord de la déchirure: en procédant lentement et avec soin, on obtient une anesthésie absolument suffisante.

E. VOGT.

Obstétrique.

Dr DEMELIN

Accoucheur des hôpitaux.

Traitement ioduré dans l'avortement habituel, par H. LAMBINON (*Journal d'accouchements*, 25 septembre 1898). — L'auteur est d'avis que malgré l'absence de stigmates syphilitiques chez les parents et malgré leurs dénégations même les plus énergiques, l'avortement habituel commande toujours comme thérapeutique le traitement ioduré. Pour sa part, de même que Charles, Fieux, Katzenstein, etc., il s'en est toujours très bien trouvé. Les quatre observations suivantes, qu'il commente d'après ce dernier auteur, ne laissent aucun doute à cet égard.

1er CAS : Mme D.., dont le mari possède un nez fortement ensellé; tous deux déclarent n'avoir jamais eu la syphilis. Cette femme a eu régulièrement un enfant tous les ans; peu après la naissance, les enfants devenaient malades; ils ont tous succombé avant l'âge de 6 mois, tantôt à des accidents intestinaux, tantôt à la suite d'une pneumonie. Il y a 4 ans, la femme a été soumise à un traitement antisyphilitique sérieux; elle a eu un enfant qui est actuellement vigoureux et bien portant. Lors de nouvelles grossesses ultérieures, la femme *refusant de prendre encore de l'iodure de potassium*, elle a eu deux enfants qui sont morts cachectiques.

Le DEUXIÈME CAS concerne une femme bien portante, que son mari, également bien portant et vigoureux, nie avoir jamais contaminée, bien qu'il ait une cicatrice au frein du prépuce

et qu'on lui trouve des ganglions en divers points du corps.

D'après son dire, cette femme a eu une fausse couche la première année de son mariage; l'année suivante, elle s'est accouchée, au septième mois, d'un enfant mort très jeune, après avoir présenté une éruption dont la nature ne fut pas déterminée. *A la suite d'un traitement à l'iodure de potassium*, la femme eut, l'année suivante, un enfant extraordinairement fort et vigoureux, qui, actuellement âgé de 9 mois, est resté très bien portant.

Un autre cas concerne une femme A..., bien portante, mais dont le mari est soupçonné d'être syphilitique. Premier accouchement à sept mois, deuxième à six mois, chaque fois d'un enfant tout à fait macéré; hypertrophie placentaire telle que, dans les deux cas et par suite de l'abondance de l'hémorragie, le placenta a dû être détaché avec la main, et l'utérus curetté. Lors d'une troisième grossesse, *on administra l'iodure de potassium*, mais sans avoir soumis le mari à aucun traitement spécifique. A terme normal, naissance d'un enfant bien portant pesant 4 kilogrammes. Placenta non adhérent, pas d'hémorragie. L'enfant se développe très bien jusqu'à quatre mois, mais présenta, peu de jours après, les signes d'une pseudo-paralysie syphilitique typique du bras gauche.

Dernier cas : Deux fausses couches; un accouchement prématuré. Lors de deux grossesses subséquentes, *à la suite de l'administration d'un traitement ioduré*, les enfants naissent tout à fait bien portants. Depuis lors, le père a du être mis en traitement pour un tabès au début.

Les résultats intéressants observés dans la pratique ne permettent pas de douter un seul instant de l'influence prophylactique colossale du traitement ioduré dans l'avortement habituel chez les mères syphilitiques.

R. Blondel.

Ligature du cordon (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 36, 1898). — Sehrwald constate que le cordon ne cesse entièrement de battre qu'au bout d'une demi-heure après l'accouchement; si l'enfant respire mal, on peut même sentir ses pulsations 1 heure 1/2 à 2 heures après la naissance. Le placenta n'est expulsé en général qu'au bout de 1 heure 1/2 à 3 heures après la cessation des battements.

On a adopté actuellement la méthode expéditive pour terminer l'accouchement: ligature précoce du cordon, expression d'après Crédé. Ces pratiques privent l'enfant d'une quantité de sang qui peut atteindre 100 gr., alors qu'un nouveau-né de 3 kilos n'a que 158 gr. de sang: l'enfant est donc parfois privé des 2/3 du sang nécessaire à son existence.

L'auteur a connaissance de plusieurs familles de sa clientèle, chez lesquelles la ligature tardive pratiquée sur quelques enfants, a permis à ceux-ci de se développer dans d'excellentes conditions, alors que les frères et sœurs, mis au monde par la méthode courante, sont chétifs et anémiques.

Ces faits démontrent pratiquement le bien-fondé des conclusions que la théorie avait fait admettre, c'est qu'il ne faut faire la ligature du cordon que plusieurs minutes après cessation de ses battements.

Mais la question est autrement importante quand il s'agit d'enfants mis au monde en état de mort apparente: l'auteur est en désaccord complet avec les classiques à ce sujet. On ne doit pas, dans ce cas, faire la ligature précoce, et on ne doit pratiquer la respiration artificielle qu'en faisant mouvoir les bras seuls. On peut exciter, en outre, la circulation par des applications chaudes sur les régions cardiaque et cervicale.

L'auteur affirme que cette manière de faire lui a permis de réussir dans des cas qui semblaient absolument désespérés.

E. Vogt.

Un cas de symphyséotomie, par W. S. Newcosnet (*Phil. med. Journ.*, 18 juin 1898, p. 1138). — L'auteur publie l'observation d'un bassin vicié rachitique. La mère avait déjà eu un enfant mort. La symphyséotomie a donné une mère et un enfant vivants; et au bout de 5 semaines la soudure était faite. La guérison a suivi rapidement.

A. Chassevant.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Résorption des lavements d'eau salée : utilisation thérapeutique (*Therap. Monatshefte*, septembre, 1898). — Eitz constate que le rectum est capable de résorber des quantités considérables d'eau salée : dans ses expériences, il s'agissait de solutions à 1/2 0/0. Les lavements de ce genre favorisent à un haut degré la diaphorèse et la diurèse, aussi l'auteur a-t-il pensé à les utiliser dans les cas d'urémie; la voie stomacale n'offre pas les mêmes avantages, car on trouve fréquemment

chez l'urémique une atonie gastrique considérable qui s'oppose à l'administration efficace de grandes quantités de liquide. La résorption est beaucoup plus vite obtenue par la voie rectale, aussi l'auteur recommande-t-il la méthode qu'il a expérimentée avec grand succès. Les lavements doivent être rares (une à 2 fois par jour) et copieux (1 à 1 litre 1/2); l'eau simple, sans addition de chlorure de sodium, n'est jamais aussi bien résorbée que le lavement salé.

L'auteur n'a eu jusqu'ici à traiter que des cas de néphrite chronique : il se propose d'essayer sa méthode dans les cas de néphrite aiguë.

E. VOGT.

La médication iodée, par BRISSEMORET et JOANIN (*Journal des Praticiens*, nº 31, p 481, 1898). — Jusqu'à ces derniers temps la médication iodée se résumait dans l'emploi de l'iode, des iodures métalliques, rarement dans celui de l'iodoforme; plus rarement encore utilisait-on le mélange désigné sous le nom d'iodure d'amidon.

Les recherches récentes de Baumann, sur les principes actifs de la glande thyroïde, ont appelé l'attention sur les dérivés organiques iodés.

L'iode métallique s'emploie sous forme de teinture alcoolique; cette teinture est au 13e. Un gramme, ou 61 gouttes de ce liquide, renferme sensiblement 77 milligrammes d'iode, chaque goutte renferme donc environ 0 gr. 0012 d'iode. On la prescrit généralement à la dose de une à dix gouttes dans un peu de lait. La teinture d'iode s'altère rapidement et donne lieu à la production d'acide iodhydrique. A la teinture d'iode, on peut substituer, pour l'usage interne, un soluté alcoolique d'iode :

Iode métallique.....	0 gr. 50
Alcool à 96º.....	9 gr. 50

L'introduction dans cette formule d'un alcool à titre plus élevé que celui qui entre dans la formule inscrite au codex assure la stabilité du produit.

On peut utiliser les solutés aqueux d'iode dans l'iodure de potassium; la formule de la solution de Lugol est la suivante :

Iode.....	0 gr. 20
Iodure de potasssium....	0 gr. 40
Eau.....	1 litre

Un verre à bordeaux renferme 0 gr. 112 d'iode; on peut rendre cette formule très avantageusement gazeuse, au moment de l'emploi, en versant dans le verre, un mélange de 0 gr. 15 de bicarbonate de soude et de 0 gr. 15 d'acide citrique.

L'iode est encore associé fréquemment au sirop de ratanhia ou au sirop antiscorbutique; ces associations constituent de véritables combinaisons. La première est le sirop iodotannique :

Iode.....	1 gr.
Alcool à 90º.....	12 gr.
Sirop de ratanhia.....	988 gr.

qui contient le millième de son poids d'iode; on l'administre à la dose de 2 cuillerées à soupe par jour. La seconde est le sirop de raifort iodé :

Iode.....	1 gr.
Alcool à 90º.....	15 gr.
Sirop de raifort composé....	985 gr.

L'iodure de potassium se prescrit en solution ou en sirop; en solution mêlée à du bouillon, du lait, de la bière. L'iodure de sodium se prescrit de même. L'iodure d'ammonium, très déliquescent et d'une saveur très désagréable, se prescrit aux doses de 0 gr. 10 à 3 gr. Quant à l'iodure de calcium, son instabilité est telle qu'il se décompose très peu de temps après sa préparation en abandonnant l'iode qu'il renferme.

L'iode ne doit pas être associé aux sels d'alcaloïdes, dont il précipite la base à l'état de dérivé iodé, ni aux liquides renfermant des acides ou des sels à réaction acide, ni à l'antipyrine dans les solutions de laquelle il détermine un précipité d'iodo-antipyrine.

Parmi les dérivés organiques iodés on n'utilise que l'iodoforme, l'aristol et l'iodure d'amidon. L'aristol ne doit pas être formulé en cachets, car il s'altère sous cette forme.

Les travaux de Baumann ont établi que l'action thérapeutique de la glande thyroïde est due surtout à un composé organique iodé particulier. La thyroiodine représente de 0 gr. 2 à 0 gr. 5 0/0 de la glande fraîche; elle renferme environ 10 0/0 d'iode et 0,50 0/0 de phosphore en combinaison organique; elle est insoluble dans l'eau; elle se trouve dans la glande en combinaison avec des matières albuminoïdes; cette combinaison est détruite pendant la préparation de la thyroiodine sous l'influence des acides.

La thyroiodine (iodothyrine du commerce) s'administre de la façon suivante :

Iodothyrine.....	0 gr. 03
Sucre de lait.....	1 gr.

pour une tablette.

Le fucus vesiculosus renferme 0 gr. 02 0/0 d'iode presque exclusivement à l'état de combinaison organique soluble dans l'eau et dans l'alcool, et dont l'action pourrait être fort voisine de celle de l'iodothyrine.

On pourrait formuler le fucus en pilules à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 :

Extrait aqueux de fucus vesiculosus.....	1 gr.
Poudre de fucus vesiculosus	1 gr.

Pour dix pilules.

Récemment Lépinois d'un côté, Liebreich de l'autre, ont préparé, le premier une caséine iodée renfermant 2 0/0 d'iode, le second une caséiodine contenant de 8 à 9 0/0 d'iode. Ces deux substances possèdent une certaine analogie avec la thyroiodine.

G. LYON.

Prescription de l'iodol (*Therap. Monatshefte*, septembre 98). — SCHAEFFER, pour neutraliser l'odeur désagréable de l'iodol, l'additionne de menthol dans la proportion de 1 0/0. On obtient de cette façon une préparation beaucoup plus maniable, que l'on peut utiliser en insufflations (nez, larynx, par exemple). Il semblerait même que l'action spécifique de la préparation iodée, sur les ulcérations de la muqueuse des voies respiratoires supérieures, se trouve exaltée par l'addition de menthol.

E. VOGT.

Pharmacologie de quelques dérivés de la morphine (*Therap. Monatshefte* septembre 1898). — DRESSER a constaté que lorsqu'on substitue à l'hydrogène des deux groupes hydroxyle de la morphine le groupe acétyle, on obtient des effets sédatifs remarquables sur le centre respiratoire. L'éther diacétique de la morphine est surtout à considérer à cet égard : il suffit d'un milligramme de cette substance pour ralentir notablement le nombre des respirations chez le lapin, alors qu'il faudrait un centigramme de codéine pour obtenir la même action. La toxicité des substances étant la même, on voit que la dose efficace est beaucoup plus inoffensive lorsqu'il s'agit de l'éther diacétique de la morphine, qui a reçu le nom d'héroïne.

La drogue nouvelle, expérimentée sur l'homme, s'est montrée très efficace pour combattre la toux : avec 5 mg. on obtient les mêmes résultats qu'avec 3 centigr. de phosphate de codéine. Si l'on étudie cette action de plus près, on constate qu'elle s'accompagne de modifications du type respiratoire : la durée de l'inspiration est notablement augmentée, ce qui permet à l'air de pénétrer plus facilement dans les alvéoles dans les cas de catarrhe bronchique, par exemple. L'inspiration est en même temps plus profonde.

Soixante malades environ, soumis à l'action de l'héroïne, ont unanimement constaté que le médicament nouveau agissait d'une façon sédative sur la toux et les douleurs thoraciques : des essais comparatifs avec la codéine se sont terminés au désavantage de cette dernière. C'est surtout dans les cas de trachéite avec toux sans expectoration que les malades bénéficient de la médication nouvelle. La dose efficace est en général de 5 mg.

La toux des tuberculeux est, dans la majorité des cas (20 sur 25), favorablement influencée.

L'action analgésique ne paraît pas s'exercer utilement en dehors de l'arbre respiratoire.

Le médicament est toujours bien supporté : on n'observe pas de tendances aux nausées, à l'anoréxie, à la constipation, etc., comme avec la morphine. L'accoutumance n'a été notée dans aucun cas.

Les doses maniables sont de 0 gr. 005 à 0 gr. 02, 3 à 4 fois par jour avec addition de sucre en poudre. On peut aussi prescrire la solution aqueuse : pour obtenir cette solution, il faut ajouter au liquide quelques gouttes d'acide acétique dilué.

E. VOGT.

Thermothérapie et frigothérapie (*L'indépendance médicale*, nos 26-28, 1898). — CHATELAIN donne une revue d'ensemble très complète sur l'emploi des agents thermiques en dermatologie.

Dans l'*acné*, on cherche aujourd'hui, au moyen d'applications d'eau excessivement chaude, à obtenir une hypérémie locale, intense mais transitoire.

L'eau très chaude rend aussi de signalés services dans le traitement de l'*herpès circiné*, du *favus*, du *prurit vulvaire*. L'eau à 45° et davantage, injectée dans l'uréthre, dans les cas de *blennorrhagie*, fait diminuer le nombre des gonocoques. Le *chancre mou* sera utilement soumis à l'action de l'eau à 40-45°, circulant dans des tubes de plomb enroulés sur le pénis préalablement enveloppé d'ouate trempée d'eau bouillie. Par-dessus les tubes, on place une couche d'ouate recouverte de gutta-percha. Le pansement, continué pendant deux jours environ, sera changé trois fois par jour. Les granulations de bonne nature apparaissent au bout d'une demi-journée de traitement, et deux jours après elles ont envahi toute la région ulcérée. En cas d'adénopathie inguinale préexistante, on obtient ainsi une accélération du travail de suppuration, et une cicatrisation rapide, une fois le pus évacué (140 succès, 4 insuccès : statistique de Welander).

Dans les cas de *syphilides érosives* et de *gommes ulcérées*, on pourrait utiliser le perfectionnement technique qu'a imaginé M. le professeur H. Quincke pour l'application des cataplasmes permettant d'obtenir d'une façon sûre, commode et pour un temps illimité, une température élevée d'une région quelconque de la peau. Voici le dispositif adopté à cet effet.

Le cataplasme, une fois en place, est recouvert d'une capsule creuse en métal, de forme variable, adaptée à la partie du corps que l'on veut soigner, contenant de l'eau chaude et reliée, par deux tubes en caoutchouc, à un récipient quelconque renfermant de l'eau maintenue à la température voulue par la lampe à alcool ; de cette manière, l'eau de la capsule et le cataplasme restent chauds indéfiniment à une température que l'on peut régler suivant la susceptibilité individuelle du sujet.

De cette façon, le calorique agit assez profondément dans les tissus avec une intensité d'autant moins grande, bien entendu, qu'on s'éloigne davantage de la surface de la peau, mais assez forte néanmoins, puisqu'un assistant de M. le professeur H. Quincke a pu constater une élévation locale de la température s'étendant à une profondeur de plusieurs centimètres et pouvant atteindre jusqu'à 3° 8 au-dessus de la température rectale.

Le traitement des *ulcères de jambe* peut se faire par une méthode analogue (sac en caoutchouc rempli d'eau chaude appliqué 7 à 8 heures au moins par jour).

Quelques heures après la première application du traitement, les douleurs disparaissent, les démangeaisons et les sensations désagréables qui existaient au niveau de la région malade cessent de se produire ; le lendemain, ou au bout de quelques jours, l'amélioration s'accentue d'une façon frappante par la régularisation des phénomènes circulatoires amenant la disparition de la stase veineuse autour de l'ulcère ; puis les sécrétions cessent d'être fétides, la surface ulcéreuse se déterge et commence à se couvrir de bourgeons charnus de bonne nature ; un peu plus tard, les bords calleux de la plaie se ramollissent, la cicatrisation marche avec une énergie remarquable et une rapidité considérable, et, somme toute, la guérison complète survient beaucoup plus rapidement qu'avec les autres moyens thérapeutiques employés ordinairement (Stepanof).

Pour traiter les *eczémas*, Liberson se sert d'une sorte de petite marmite de Papin, dans laquelle l'eau est introduite par un orifice situé à la partie supérieure et fermé par un bouchon métallique serré à vis ; la vapeur d'eau chaude sort par un tube métallique coudé, auquel fait suite un tuyau en caoutchouc terminé par un embout ; le liquide est alors à une température que le malade peut aisément supporter, ce que l'on facilite, d'ailleurs, en éloignant ou rapprochant de la lésion à trois, cinq, dix, quinze centimètres l'orifice de sortie de la vapeur ; chaque séance peut durer d'un quart d'heure à une demi-heure.

L'auteur recommande ce traitement lorsqu'il s'agit d'*eczéma chronique* rebelle à tous les autres moyens ordinairement employés ; il formule les conclusions suivantes :

1° Le traitement par la vapeur d'eau chaude est un traitement spécifique de l'eczéma ;

2° La vapeur détermine la formation de l'épiderme sur les tissus redevenus normaux ;

3° Ce procédé présente les avantages suivants : la possibilité de mener le train de vie habituel, l'absence de douleurs, la propreté et enfin le peu de temps qu'il faut accorder au traitement ;

4° Ce traitement est surtout indiqué dans les cas rebelles où les autres procédés ont échoué ;

5° Il est possible que dans un certain nombre de cas il devienne utile de combiner ce procédé avec d'autres habituellement employés ;

6° Le traitement doit être continué pendant quelque temps après la guérison pour éviter les récidives.

L'applicatiion directe de la *chaleur rayonnante* constitue un mode de traitement nouveau de l'*eczéma*.

Tous les jours, le soir, au moment de se coucher, le malade placera successivement chacune des régions atteintes devant un feu bien ardent (il suffit du foyer d'un poêle de dix centimètres d'ouverture) ; il se produit alors une sensation de démangeaison plus ou moins intense à laquelle il faut résister autant que possible ; si le prurit est trop sensible, le sujet passera doucement sur la partie malade la face dorsale de la main préalablement lavée dans de l'eau bouillie, avec un savon de toilette non irritant.

Le prurit reparaît bientôt : on recommence la manœuvre ci-dessus décrite 5 à 6 fois par séance. Ce traitement rend le repos aux eczémateux privés de sommeil, qui se livraient auparavant à un grattage plus ou moins inconscient pendant la nuit.

Thayer a proposé de traiter les *lupus* en faisant converger sur la partie malade les

rayons solaires au moyen d'une forte lentille bi-convexe. Fagart qui a expérimenté la méthode dans les cas de *cancroïdes*, de *verrues*, de *naevi*, de *taches pigmentaires*, conclut en ces termes :

1° Les effets des rayons qui consistent en une action stimulante, irritante, caustique et destructive peuvent être rigoureusement localisés et dosés ;

2° La douleur qu'ils provoquent disparaît presque aussitôt qu'on cesse la cautérisation ;

3° Enfin, grâce à leur action chimique, ils stimulent d'une façon toute spéciale la vitalité des tissus, fait qui se manifeste par la transformation rapide, sous leur influence, des ulcérations malignes en plaies qui se recouvrent de bourgeons charnus de bonne nature et se cicatrisent rapidement.

Le traitement par l'*air chaud*, par exemple, en chauffant au rouge un serpentin métallique, et en plaçant ce foyer de calorique au voisinage de la partie malade, a donné de bons résultats dans les *ulcères phagédéniques*, les *tuberculoses locales*, le *psoriasis*, etc.

Frigothérapie. — Le froid (eau froide circulant dans les tubes de Leiter) agit manifestement dans les affections suivantes : *prurits localisés*, *urticaire*, *gerçures*, *engelures*, *psoriasis*, etc.

Les pulvérisations au chlorure de méthyle ont donné d'excellents résultats à Du Castel dans l'orchite blennorrhagique ; l'auteur avoue que son expérience personnelle ne semble pas confirmer cette assertion.

Il est certain que la frigothérapie est loin d'être arrivée aux résultats qu'on peut espérer de cette méthode ; bien que son action bactéricide ne soit en rien comparable à celle de la thermothérapie, elle peut trouver de nombreuses indications.

E. VOGT.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

DYSPEPSIE ET INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES INFANTILES

(Suite)

II. — TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE INITIALE.

Consiste presque exclusivement dans la *réglementation de l'abondance et du nombre* des tétées chez le nourrisson, dans la *surveillance de l'alimentation* chez l'enfant sevré.

Chez le NOURRISSON ÉLEVÉ AU SEIN, *diminuer la durée des tétées*, quand elles sont trop copieuses. (Contrôle par la balance.)

Veiller à ce que les intervalles réglementaires entre les tétées soient respectés. (Une seule tétée nocturne ; une toutes les trois heures dans le jour.)

S'assurer de la *qualité et de l'abondance du lait de la nourrice* ; *surveiller l'alimentation de la nourrice* : se rappeler que la diminution du poids de l'enfant est bien plus souvent l'effet d'une alimentation excessive, que de l'insuffisance réelle de l'alimentation.

Chez le NOURRISSON ÉLEVÉ AU BIBERON, *même réglementation des tétées.*

S'assurer en outre de la qualité du lait ; rechercher si le lait n'est pas stérilisé trop longtemps après la traite ; s'il est coupé d'eau dans des proportions convenables.

Donner une nourrice si malgré tous les soins l'enfant continue à dépérir.

Lorsque les troubles digestifs continuent malgré la réglementation des tétées, espacer celles-ci : donner le sein ou le biberon toutes les quatre heures seulement : au besoin remplacer l'un des biberons par une quantité équivalente d'eau bouillie légèrement sucrée. (*Diète hydrique momentanée.*)

Chez l'ENFANT SEVRÉ, réprimer tous les écarts d'alimentation ; supprimer la viande, les légumes, qui ont pu être donnés par négligence ou ignorance. N'autoriser pendant quelque temps que le lait, les potages au lait, les panades, les œufs.

Etre très sobre de médication, surtout avant un an.

Si le nourrisson a des régurgitations, des selles acides et vertes, donner avant chaque tétée une cuillerée à café d'*eau de Vichy* ou d'*eau de Vals* ; ou bien encore une pincée de *carbonate de magnésie* ou d'un mélange à parties égales de *bicarbonate de soude* et de *craie préparée*.

Si les selles sont très abondantes et très

liquides, franchement diarrhéiques, donner de préférence l'*eau de chaux* (une cuillerée à café avant chaque tétée.)

Dans le cas de constipation avec selles fétides, météorisme (constipation des enfants élevés au lait stérilisé), *masser* l'intestin; employer les *lavages* de l'intestin, faits à l'aide d'un entonnoir en verre muni d'un tube en caoutchouc auquel s'adapte, par l'intermédiaire d'un ajutage, une sonde uréthrale (sonde de Nélaton) en caoutchouc rouge (nº 15 ou16 de la filière Charrière); pour chaque lavage, utiliser un demi-litre d'eau bouillie ou de décoction de guimauve.

Contre la constipation, prescrire en outre le *sirop de chicorée* (une ou deux cuillerées à café), pur ou associé à l'huile d'amandes douces (à parties égales), la *magnésie calcinée* (une demi-cuillerée à café), l'*huile de ricin* (même dose), les *suppositoires glycérinés*.

Combattre les coliques par les applications de *cataplasmes*, de *compresses humides chaudes* recouvertes de taffetas gommé.

Modérer l'agitation, l'insomnie par l'*eau de fleurs d'oranger*, additionnée de quelques gouttes d'eau de *laurier-cerise*.

Si la dyspepsie s'aggrave, côtoie l'infection, c'est-à-dire si les vomissements deviennent fréquents, les selles fétides donner la *potion de Rivière* rafraîchie (une cuillerée à café avant chaque tétée) et le *calomel*, soit en une seule dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 suivant l'âge, soit à doses réfractées :

Calomel.....	0 gr. 03
Sucre.....	0 gr. 50

pour 5 paquets. Un toutes les heures. Continuer les lavages de l'intestin.

Prescrire de plus la *limonade lactique* ou la *limonade chlorhydrique*.

a) Acide lactique pur..	2	grammes
Eau distillée.....	15	—
Sirop de sucre.....	15	—
Essence de menthe..	II	gouttes

ou :

Eau distillée.....	160	grammes
Sirop d'oranges....	40	—
Acide lactique pur.	2	—

Donner une cuillerée à café de l'une ou l'autre préparation toutes les heures, dans l'intervalle des tétées.

b) Eau distillée.....	250	grammes
Sirop d'oranges.....	50	—
Acide chlorhydrique pur.....	0 gr. 40	

(Hutinel).

III. Infections gastro-intestinales aigues.

Le traitement est le même pour les diarrhées toxi-infectieuses avec fièvre et pour les diarrhées cholériformes avec algidité (choléra infantile); d'ailleurs, l'une succède habituellement à l'autre.

Le traitement consiste exclusivement dans l'emploi :

1º De la diète hydrique;
2º Des injections de sérum artificiel;
3º Des bains.

Il faut en outre, et cela n'est pas moins important, *s'abstenir de toute médication* au début, c'est-à-dire des purgatifs et notamment du calomel, des antiseptiques intestinaux insolubles (benzo-naphtol, bétol, salol, salicylate de bismuth), des absorbants (sous-nitrate de bismuth, craie, etc.), des opiacés et même des lavages de l'estomac et de l'intestin qui avaient été recommandés dans ces dernières années.

Les lavages peuvent déterminer des accidents sérieux (convulsions, collapsus); les médicaments, quels qu'ils soient, irritent l'épithélium intestinal. — (Marfan.)

Le traitement par la diète hydrique, les injections de sérum, les bains, *assure la guérison dans la plupart des cas, même dans les cas graves*, quand il est institué dès le début et appliqué avec méthode.

(*A suivre.*)

G. Lyon

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Le cinématographe en médecine. — Le *Médical Press* nous apprend que le Dr Doyen vient de faire à ce sujet « une intéressante démonstration » à la Société clinique d'Edimbourg

Il a projeté sur un écran une série de photographies animées reproduisant les diverses phases d'une opération chirurgicale. Le temps employé à la projection a été approximativement celui qu'a mis le chirurgien à exécuter son opération.

S'il en est ainsi, dit le journal anglais, nous devons reconnaître que le Dr Doyen est le plus expert et le plus rapide des chirurgiens.

La démonstration a été faite pour établir l'utilité du cinématographe dans l'enseignement de la médecine opératoire.

Les cours payants dans les hôpitaux. — M. Mathieu, médecin des hôpitaux, pensant qu'il serait excellent qu'à côté de l'enseignement officiel, il y eut un enseignement libre directement rémunéré par l'élève, demanda à faire un cours payant sur le diagnostic et le traitement des maladies d'estomac à l'hôpital Andral. Cette autorisation lui a été accordée *à titre d'essai*, et à condition que cet enseignement ait lieu l'*après-midi* et dans le *laboratoire !*

(*Bull. méd.*)

Le service des accouchements à domicile. — Le 24 décembre 1897, M. Chérioux déposait au Conseil municipal de Paris une proposition tendant à instituer, dans les dispensaires, une organisation pour l'amélioration du service des accouchements à domicile. L'Administration a mis à l'étude un projet d'organisation nouvelle, de manière à pouvoir donner, dans un avenir prochain, satisfaction à M. Chérioux. En attendant, trois mesures ont été prises en vue de cette amélioration, après entente avec la Société médicale des bureaux de bienfaisance : 1° les sages-femmes attachées au services des bureaux de bienfaisance ont été autorisées à prescrire es antiseptiques spécifiés par le décret du 19 janvier 1890 (solution au sublimé, vaseline au sublimé); 2° les bureaux de bienfaisance ont été invités à tenir à la disposition des sages-femmes les instruments destinés à faire les lavages indispensables aux femmes accouchées; 3° l'administration a décidé que l'indemnité réglementaire de 15 francs sera acquise à la sage-femme, même lorsque la femme en couches aurait été, sur intervention du médecin du traitement à domicile ou du service de nuit, renvoyée à l'hôpital avant la fin du travail ; autrefois les sages-femmes ne touchaient cette indemnité qu'autant qu'elles avaient terminé l'accouchement. Enfin, l'administration se propose de compléter ces mesures en organisant, notamment, autant que ce sera possible, et après nouvelle étude des voies et moyens : un examen médical des femmes enceintes ; un dépôt, dans chaque dispensaire, d'une boîte dite de secours d'accouchements renfermant un minimum de médicaments et d'instruments obstétricaux. Ces réformes seront étudiées, à la rentrée d'octobre, par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, puis soumises à l'examen du Conseil municipal.

(*Presse Médicale.*)

Vœux émis par le congrès dentaire de Lyon. — Voici les principales décisions prises par le congrès dentaire réuni à Lyon :

1° Demande de surveillance, par le ministère de l'intérieur, des dentistes exerçant légalement sur la voie publique afin de s'assurer s'ils se conforment bien aux prescriptions d'hygiène nécessaires pour la pratique des opérations ; poursuite par les syndicats professionnels des opérateurs non pourvus de diplômes et traitant illégalement sur la voie publique ;

2° Création d'écoles libres provinciales exerçant sous le contrôle et la surveillance de l'Etat ;

3° Adoption d'un vœu demandant que la loi de 1893 sur le programme des examens de l'enseignement soit revisé et donne une place moins grande à la partie médicale et une plus grande à la prothèse et à la dentisterie ;

4° Assimilation des ouvriers mécaniciens dentistes aux ouvriers d'art au point de vue militaire ;

5° Nomination de chirurgiens-dentistes dans l'armée.

Comment les Turcs comprennent les statistiques. — Voici, d'après le *Lancet*, les réponses que reçut du pacha de Damas un bureau de statistique français qui avait jugé bon de lui adresser une circulaire-questionnaire. (Oh les statisticiens!)

Le pacha s'en est tiré avec un esprit que pourraient lui envier plusieurs des fumistes qui firent les joyeuses réponses que l'on sait aux questions de la commission de recensement.

Demande : Quelle est la proportion de décès par 1,000 habitants dans votre ville? — *Réponse* : A Damas, la volonté d'Allah est que tout le monde meure : les uns meurent vieux, d'autres meurent jeunes.

D. Quel est le chiffre annuel des naissances? — R. Je l'ignore. Dieu seul peut le savoir.

D. L'eau potable est-elle de bonne qualité et en quantité suffisante? — R. De mémoire d'homme, il n'est jamais mort personne de soif à Damas.

D. Quelles sont vos observations générales sur les conditions hygiéniques de votre ville? — R. Depuis qu'Allah a envoyé Mahomet pour purifier le monde par le fer et le feu, il y a eu de grands progrès d'accomplis. Mais il reste encore beaucoup à faire. Partout il y a à réformer ou à soutenir. Et maintenant, brebis de l'Ouest, arrête là ton questionnaire qui ne peut amener

rien de bon pour toi ni pour personne. On ne doit pas se tourmenter sur des sujets qui regardent Dieu seul. Salem Aleikum.

Nécrologie. — Le Dr DIEUZAIDE, de Lectoure, reçu en 1862. — Le Dr BÉTANCÈS, reçu en 1854, délégué à Paris du gouvernement insurrectionnel cubain. — Le Dr MASSON, de Fraize (Vosges), décédé à l'âge de 93 ans. — Le Dr DELUC, d'Orthevielle (Landes), président du conseil d'arrondissement de Dax et maire de sa commune depuis 1884 sans interruption.

BIBLIOGRAPHIE

La Grippe, par L. GALLIARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1898, 1 vol. in-16 carré, 100 pages, 7 figures, cart., chez J. B. Baillière et fils.

Ce volume est le premier d'une nouvelle collection : « les Actualités médicales ». A côté des livres classiques, des traités didactiques qui ne peuvent enregistrer tous les faits nouveaux (découvertes bactériologiques, traitements), il y avait place pour une collection de monographies destinées à exposer les idées nouvelles ; ces monographies complètent les traités de médecine, de pathologie générale, de bactériologie, de thérapeutique, de chirurgie.

Dans de petits volumes, d'un format portatif, d'un prix modique, élégamment cartonnés, le public médical trouvera résumées toutes les questions nouvelles, dès qu'elles seront à l'ordre du jour.

C'est heureusement commencer cette collection que de débuter par le volume que M. Galliard a écrit sur la Grippe.

Laissant de côté la forme didactique, M. Galliard fait une histoire de la grippe, à la fois très documentée et facile à lire ; bien entendu tous les faits nouveaux concernant cette maladie y sont notés.

Voici d'ailleurs les principaux chapitres : Une épidémie. — Le microbe. — Les symptômes. — Les modalités cliniques. — Les complications. — Le traitement. — La prophylaxie.

En résumé, voilà une heureuse idée ; voilà une lacune comblée ; cette collection sera indispensable à tous ceux qui ont à cœur d'être toujours au courant des progrès des sciences médicales. Nous pouvons bien augurer de la collection, en voyant que parmi les volumes en préparation on annonce ; *le Diabète*, par Lépine ; *La Diphtérie*, par Barbier ; *les Albuminuries curables*, par Teissier ; *le Goitre exophtalmique*, par Jaboulay ; *les Suppurations aseptiques*, par Josué.

E. CHEVALIER.

A propos d'un nouveau cas de tuberculide cutané, par le docteur MÉNEAU (de la Bourboule). — Daix, Clermont, 1898.

Pour nos enfants. — Conseils d'hygiène physique et morale, par le Dr Georges PETIT, membre du comité médical de l'Œuvre des Enfants tuberculeux, médecin du Dispensaire des Hôpitaux d'Ormesson et Villiers-sur-Marne, etc. Société d'éditions scientifiques, Paris 1898, 1 vol. in-18, 136 pages, relié.

Physiologie, Physique, Biologique. Chimie Biologique. — Programme et questionnaire avec réponses, en dix leçons, destinés à la préparation au 2e examen de doctorat, nouveau régime ; au 1er examen de Chirurgiens-Dentistes, au certificat P. C. N., à la licence ès-Sciences naturelles, à l'examen d'admission à l'Ecole du service de santé militaire, etc., par le Dr Georges PETIT. Société d'éditions scientifiques, Paris 1898. 1 vol. in-8° broché, 160 pages, Prix : 2 francs.

Nancy Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3 rue Bourdaloue. Paris. *Le Propriétaire-Gérant*. R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Décret. — Par décret, en date du 2 septembre 1898, ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — MM. Barran, en remplacement de M. Fontaine, décédé; — Marchoux, en remplacement de M. Vergaz; — Lafage, en remplacement de M. Mondon.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Cognacq; — Mille, en remplacement de M. Barran, promu; — de Lavigne Sainte-Suzanne, en remplacement de M. Marchoux, promu; — Houillon, en remplacement de M. Lafage, promu; — Pelletier, en remplacement de M. Toché, promu; — Blin, en remplacement de M. Allain; — Delassus, en remplacement de M. Chaussade; — Dethève; — Le Roux, en remplacement de M. Maclaud.

— M. le docteur Nicolas, promu au grade de médecin principal, est affecté au cadre de Cherbourg.

— M. le docteur Pourtal, promu au grade de médecin de première classe, est maintenu au cadre de Lorient.

— M. le médecin de deuxième classe Thirion, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, à Toulon, est destiné aux troupes en Crète, en remplacement de M. le docteur Duranton, rentrant en France pour cause de santé et qui sera affecté au 4e régiment.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux, médecins de première et de deuxième classes du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : MM. 1 Mercié, 2 Négadelle, 3 Alix (P.-M.), 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Hervé (H.-M.-V.), 8 Rit.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Bertrand, 2 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Théraudren, 2 Thirion, 3 Mesny, 4 Préboist, 5 Porre, 6 Mailliu, 7 Binard, 8 Bérard, 9 Micholet, 10 Chabannes.

Récompenses honorifiques. — Des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins ci-après dénommés, membres honoraires et participants des Sociétés de secours mutuels :

Médailles d'argent : MM. les docteurs Aubeau, Binet, M. Blum, L.-C. Richet et Rondeau (de Paris); Bouchacourt et Duviart (de Lyon); Chapellier (d'Alais); Duvernois (de Belfort); Forest (de Troyes); Gandouet (de Frontenay); Jeanjot, (de Donchery); Lefeuvre (de Rennes); Martin (de Saint-Jeen-de-Trézy); Mercier (de la Bazoche-Gouët); Rousseaux (de Vouziers); Subert (de Nevers) et Crouzat (de Médéa).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Bondon, Descoust, Dromain, Fissiaux et Signez (de Paris); Berneuil (de Quevauvillers); Frottier (du Havre); Godivier (de Bouëre); Gros (de Nancy); Lainey (de Rouen); Templé (de Rennes) et Thèze (de Rochefort).

Mentions honorables : MM. les docteurs Blaise et Tucker (de Paris); Bardy (de Belfort); Goux (d'Agen); Lestocquoy (d'Arras); Perrotte (de Confrançon) et Sénac (de Cours).

Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à M. le docteur Deshayes (de Saint-Eugène), pour acte de courage et de dévouement.

Fumeurs précoces. — Un journal anglais ou américain, nous ne savons au juste, racontait l'autre jour qu'à Mexico, les maîtres d'école ont une singulière façon de récompenser leurs élèves. Ils accordent à ceux dont ils sont satisfaits, la permission de fumer un cigare pendant la leçon.

Lorsque la classe entière fait preuve de zèle et de savoir, une fumerie générale est autorisée par le pédagogue qui, naturellement, est le premier à allumer un *panatella* (cigare de forte taille).

Plusieurs de nos confrères ont cité de curieux traits de mœurs, mais en ajoutant des réflexions qui indiquaient nettement qu'ils n'y croyaient guère.

Rien n'est pourtant plus vrai, et le cas des petits écoliers de Mexico n'est pas unique.

M. Désiré Charnay, qui fut chargé, en 1880, par le ministère de l'instruction publique, d'une mission scientifique au Mexique et dans l'Amérique du Centre, raconte qu'il reçut un jour l'hospitalité dans une famille habitant l'état de Tabasco, au Mexique. Son hôte et sa femme fumaient continuellement; mais, ce qui le surprit fort, c'est que leurs cinq enfants, dont deux petites filles de trois et cinq ans, avaient eux aussi, dans la bouche, des cigares de

dimensions respectables. Le père affirma à **M.** Charnay que le tabac ne pouvait faire aucun mal aux enfants.

L'explorateur Forgues, qui fit, en 1892, un voyage dans le Paraguay eut également l'occasion de voir dans ce pays des enfants qui fumaient.

Il énumére dans une de ses correspondances les qualités plastiques des Paraguayennes et ajoute :

« Mais tout cela est gâté par le cigare ; car il n'y a pas de femme qui ne fume ici comme aucun grognard de chez nous ne pourrait le faire. C'est un sujet d'étonnement de voir les femmes et même les enfants de cinq à six ans pousser leurs bouffées blanches et attelés à des cigares de 20 centimètres.

« Il n'y a que les enfants à la mamelle qui s'abstiennent de tabac, et encore je me souviens avoir vu une femme, son enfant à cheval sur la hanche, essayer d'apaiser les cris du petit être en lui mettant entre les lèvres, non pas le sein maternel, mais l'extrémité à demi machonnée de son ignoble cigare. »

Mais ce qui est exceptionnel au Paraguay est fort ordinaire dans le Laos.

Un naturaliste français, M. Henri Mouhot, raconte que pour obtenir des petits Laotiens les insectes dont il avait besoin pour sa collection, il n'avait qu'à leur promettre du tabac. « Oui, du tabac ! dit-il. Ces bambins quittent le sein de leur mère pour la pipe et alternativement. » Il est bon d'ajouter qu'au Laos les enfants ne sont guère sevrés qu'à trois ou quatre ans.

Il en est de même des bébés dariénites qui, eux aussi, fument volontiers un cigare tout en absorbant le lolo maternel. Mais eux ne fument pas comme tout le monde et mettent dans leur bouche le côté allumé du cigare. Le fait est rapporté d'une façon affirmative par le lieutenant de vaisseau Reclus qui fit, il y a quelques années, un voyage aux isthmes de Panama et de Darien.

« Les femmes dariénites, dit-il, et leurs enfants abusent du tabac et ont la curieuse manie de fumer en tenant dans leur bouche le bout allumé du cigare. Ces dames prétendent qu'il n'est que cette façon de trouver du goût au tabac, mais il faut un certain apprentissage pour ne pas se brûler. »

(Journ. de Clin. et de Thérap. infant.)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Néphrotomie

Résumé du rapport qui sera lu au Congrès de Chirurgie, *octobre* 1898

Par MM. le professeur F. Guyon et J. Albarran

(Suite et fin)

2° Néphrostomie dans l'uronéphrose. — Les chirurgiens extirpent volontiers les volumineuses uronéphroses. Ces grandes poches sont considérées comme ayant une valeur physiologique à peu près nulle et, d'un autre côté, la néphrectomie donne, dans ces cas, d'excellents résultats.

Si nous nous reportons à ce que nous avons dit plus haut sur la valeur fonctionnelle qu'ont en réalité les uronéphroses, même très volumineuses, on comprendra que, en principe, il soit préférable d'essayer les opérations conservatrices. Cela nous paraît d'autant plus justifié que nous pourrions citer de nombreuses observations de malades dont un rein a été complètement détruit, et qui vivent, grâce à un rein hydronéphrosé et ouvert par néphrostomie.

La néphrostomie a contre elle de laisser à sa suite une fistule qui peut être définitive ; aussi peut-on dire que, dans l'état actuel de la chirurgie, la néphrostomie est loin de représenter l'opération conservatrice idéale. On doit s'efforcer de ne pas enlever le rein et d'éviter en même temps la formation d'une fistule urinaire. C'est dire qu'il ne suffit pas à l'action chirurgicale de s'attaquer à l'uronéphrose elle-même en tant que poche de rétention rénale, mais que l'on doit essayer par des opérations complémentaires appropriées de s'adresser à la cause même de cette rétention.

La néphrostomie en elle-même n'a pour but que de créer une fistule urinaire ; elle trouve sa vraie indication dans l'uronéphrose, lorsque, l'autre rein étant détruit, il est indispensable de conserver ce que la rétention a épargné de parenchyme rénal. Dans ces conditions la néphrectomie est interdite ; les manœuvres ou opérations qui ont pour but de rétablir le cours des urines ne devront être pratiquées qu'avec la plus grande prudence. Lorsqu'on se sera rendu compte que le rein du côté opposé a conservé un fonctionnement régulier, ce que seul le cathétérisme uréthral peut déterminer d'une manière précise, il est plus rationnel de s'adresser à la cause même de l'uronéphrose, et de rétablir de suite, si on le peut, le cours des urines. S'il paraissait impossible de lever immédiatement la

cause de la rétention, mais si cet obstacle est de telle nature que l'espoir soit légitime de réussir dans une intervention ultérieure, il nous paraît logique de créer, temporairement, une fistule rénale. Nous admettons enfin la néphrectomie lorsqu'on ne peut réussir à rétablir le cours des urines et qu'il est démontré par l'intégrité du rein opposé que la sécrétion du rein malade présente une utilité restreinte.

3° NÉPHROSTOMIE DANS LES PYONÉPHROSES. — Au point de vue des indications opératoires nous distinguons les pyonéphroses ordinaires et les pyonéphroses tuberculeuses.

a) *Pyonéphroses simples.* — La rétention de pus dans une poche pyélorénale crée des conditions analogues à celle de la formation d'un abcès dans un point quelconque de l'organisme ; en ouvrant cette collection par l'incision rénale et en créant une fistule qui permette l'évacuation permanente du pus, c'est-à-dire, en pratiquant la néphrostomie, on ne fait que se conformer aux règles classiques de la chirurgie.

Les avantages de la néphrostomie dans ces cas sont si évidents qu'il nous paraît inutile d'insister longuement. Nous nous bornerons à dire que l'opération se trouve indiquée et qu'elle donne de merveilleux résultats dans les cas les plus graves. Mais là encore la crainte de la fistule a conduit un grand nombre d'opérateurs à pratiquer la néphrectomie d'emblée ; d'autres font des néphrectomies secondaires précoces, enfin, dans ces dernières années, on voit se dessiner de plus en plus la tendance à pratiquer d'emblée des opérations tendant à rétablir le cours normal des urines. Nous allons étudier rapidement ces différents points.

La *fistule* qu'on crée par la néphrostomie persiste en réalité dans un très grand nombre de cas et peut devenir permanente. Mais l'existence de cette fistule n'empêche pas les malades de vaquer à leurs occupations, de reprendre et de conserver un excellent état général. Beaucoup d'elles finissent par se tarir spontanément, non seulement après quelques mois, mais même plusieurs années après l'intervention (Guyon), et cela d'autant plus facilement que le rein était plus détruit. Les malades que nous avons suivis sont restés définitivement guéris.

Nous reconnaissons volontiers qu'il est préférable de guérir la fistule que de la conserver, même si elle doit se tarir spontanément après plusieurs années. Or, dans un certain nombre de cas, on peut empêcher la formation de la fistule ou la guérir lorsqu'elle est déjà constituée par le simple cathétérisme urétral à demeure (Albarran) ; on le peut encore par des opérations qui rétablissent le cours normal de l'urine par l'urétère (Albarran) ; enfin la néphrectomie secondaire constitue une ressource ultime lorsque la guérison est impossible et que la sécrétion du rein malade ne présente pas une valeur physiologique réelle.

La *néphrectomie* d'emblée ne nous semble que très rarement justifiée dans les pyonéphroses simples, en raison de sa gravité que tous les chirurgiens reconnaissent, que toutes les statistiques démontrent ; cette gravité est due d'un côté au shock opératoire, et surtout à la fréquence de lésions plus ou moins accusées du côté de l'autre rein.

Nous posons comme principe qu'on ne doit jamais extirper un rein sans s'être assuré de la valeur fonctionnelle du rein qui doit rester en place et, dans les cas de pyonéphrose, nous ne croyons pas possible d'avoir des renseignements précis sur l'autre rein sans pratiquer le cathérisme urétral. Or, ceux qui ont l'habitude de ce moyen d'exploration savent que dans la plupart des cas de pyonéphrose, l'état de la vessie est tel que les manœuvres nécessaires au cathétérisme urétrhal ne peuvent être tentées. Pour bien comprendre la nécessité de l'exploration du rein du côté opposé et la gravité de la néphrec-

tomie primitive dans les pyonéphroses, il est nécessaire de considérer que, dans les cas de rétention septique d'un rein, l'hypertrophie compensatrice du rein opposé est loin d'être aussi parfaite que lorsqu'il s'agit d'une simple uronéphrose. Nos expériences sur les animaux sont à cet égard très démonstratives.

Nous ferons enfin valoir en faveur de la néphrostomie ce que nous avons dit plus haut sur la valeur réelle que présentent au point de vue fonctionnel les poches des pyonéphroses chirurgicalement fistulisées.

L'extirpation primitive du rein dans les pyonéphroses ne nous semble justifiée que s'il est préalablement démontré que le rein n'est plus capable de fonctionner d'une manière utile ou que le drainage est impossible en raison des anfractuosités de la poche. En ce qui regarde le rein du côté opposé, il faudrait avoir déterminé de façon certaine qu'il est capable d'un bon fonctionnement. Enfin l'état général du malade doit être tel que la néphrectomie ne se présente pas avec des caractères de trop grande gravité, il est à peine besoin de remarquer qu'il en est tout autrèment dans la plupart des cas.

Des opérations ayant pour but de rétablir d'emblée le cours des urines en s'attaquant à l'obstacle causal de la rétention, ont été pratiquées dans ces dernières années par plusieurs auteurs à la suite de Küster.

Ces interventions sont-elles préférables à la néphrostomie ? Nous ne le pensons pas, en tant qu'opérations primitives.

Il est nécessaire à notre avis de bien mettre en relief la différence des indications de ces opérations plastiques dans les uronéphroses et dans les pyonéphroses. Lorsqu'il s'agit d'une rétention rénale aseptique, l'état général du malade et la bonne compensation établie par le rein de l'autre côté, justifient dès la première intervention la recherche de la cause de l'obstruction et l'exécution des manœuvres opératoires souvent longues et délicates qui peuvent y remédier. Dans les pyonéphroses au contraire, nous opérons dans des conditions autrement graves et, en voulant trop bien faire du premier coup, on risque de compromettre la vie du malade. Les conditions anatomiques elles-mêmes sont plus mauvaises que dans les uronéphroses et, sans compter le cas où il existe une impossibilité absolue de rétablir le cours des urines par l'urétère, on se trouvera souvent en présence de difficultés opératoires considérables.

Ces considérations nous font penser que, dans les pyonéphroses, la néphrostomie est presque toujours préférable aux interventions qui ont pour but de rétablir d'emblée le cours normal des urines. Il vaut mieux, à notre avis, sauf des cas exceptionnels d'opération très simple, pratiquer ces opérations plastiques quelques temps après la néphrostomie, lorsque l'état général du malade, et même les conditions locales, se sont améliorées. Les résultats opératoires ainsi obtenus seront plus certains.

b) *Pyonéphroses tuberculeuses.* — Dans les pyonéphroses tuberculeuses les inconvénients inhérents à la néphrostomie sont autrement sérieux que dans les pyonéphroses simples ; d'un autre côté le bénéfice que l'opération procure au malade est souvent de courte durée ou manque totalement.

Il existe un certain nombre de pyonéphroses tuberculeuses dans lesquelles le rein est réduit à une simple poche, sans aucune valeur fonctionnelle, et dont la cavité contient une substance caséeuse comparable à du mastic. Dans des cas semblables la vie n'est maintenue que par le rein du côté opposé et, si on se décide à opérer, il est évident qu'il vaut mieux enlever que de conserver ces débris inutiles du rein malade.

Dans d'autres cas, les plus communs, on voit coexister avec la rétention purulente qui constitue la pyonéphrose des lésions tuberculeuses du parenchyme rénal et du bassinet, souvent encore dans la périnéphrite suppurée ou non. La néphrostomie pratiquée dans de telles conditions donne des résultats variables. Dans quelques cas on observe à peine une diminution de la fièvre et quelque soulagement dans les souffrances des malades; parfois même toute amélioration manque. Il est plus fréquent d'observer un soulagement réel et une amélioratiou évidente de l'état général, mais, contrairement à ce qui se voit dans les pyonéphroses ordinaires, cette amélioration, quoique remarquable, est de courte durée. Quelques semaines ou quelques mois après l'opération on constate le retour des phénomènes qui obligèrent à intervenir, et cela malgré la permanence de la fistule qui est la règle, malgré le curage secondaire des foyers rénaux ou péri-rénaux. Nous ne connaissons pas d'observations de malades guéris de pyonéphrose tuberculeuse après la néphrostomie.

Ces inconvénients de la néphrostomie ont fait que nombre d'auteurs préconisent, dans les pyonéphroses tuberculeuses, de faire d'abord la néphrostomie et de pratiquer ensuite, quelques semaines après, c'est-à-dire lorsque le malade est dans de meilleures conditions, la néphrectomie secondaire précoce. Pour nous, à part quelques rares exceptions, nous ne croyons pas qu'on doive ériger en règle la conduite chirurgicale que nous venons d'exposer, toutes les fois qu'on peut s'assurer du bon état de l'autre rein, il vaut mieux pratiquer la néphrectomie primitive.

L'opinion que nous défendons est basée sur ce que la néphrostomie est loin de donner dans la plupart des cas l'amélioration constante dont parlent les auteurs et sur ce qu'il n'est pas démontré que la néphrectomie secondaire soit moins grave dans la tuberculose rénale, que l'extirpation primitive du rein : les statistiques précises manquent et celles que nous avons pu établir, comprenant la plupart des cas publiés, donne :

Néphrectomie primitive.....	28 p. 100
— secondaire.....	34 p. 100

Ces chiffres ne signifient pas grand'chose, les cas étant trop dissemblables et le moment de l'opération fort variable, mais il nous a paru utile de les donner pour détruire la légende de la bénignité de la néphrectomie secondaire. L'opinion courante à ce sujet est basée sur la confusion qu'on établit entre les observations de pyonéphrose tuberculeuse et de pyonéphrose simple.

Nous ne donnerons pas les chiffres démontrant la fréquence des lésions unilatérales dans la tuberculose rénale, pour préconiser ensuite la néphrectomie primitive. Ces statistiques ne nous diraient pas, en présence d'un malade, quelle est la conduite à suivre. Nous croyons au contraire faire œuvre utile dans cette discussion en disant que sur 17 néphrectomies primitives pour tuberculose rénale nous avons obtenu 16 guérisons : en réunissant nos cas à ceux de Czerny, Bardenheuer, Küster, Israël, Tuffier et Routier, nous obtenons, sur un ensemble de 76 opérations, 8 morts, soit une mortalité de 10 0/0 dans la néphrectomie primitive pour tuberculose. Ce chiffre est trop éloquent pour que, malgré les défauts inhérents à toute statistique, il n'ait pas une valeur réelle, surtout comparé à celui des néphrectomies. Sur 84 néphrostomies pour tuberculose rénale pratiquées par différents auteurs nous avons 17 0/0 de mortalité opératoire.

Ces considérations suffisent pour démontrer que la néphrostomie dans la tuberculose rénale ne peut être qu'une opération de nécessité. Pour nous elle est justifiée lorsque l'état de la vessie ne permet pas de s'assurer de l'intégrité du rein opposé; lorsqu'il existe

d'autres lésions de tuberculose avancée; enfin lorsque les conditions locales rendent la néphrectomie trop grave. Elle est encore indiquée lorsque la pyonéphrose tuberculeuse détermine des douleurs vives, quand la rétention purulente aggrave l'état général d'un malade qui présente des lésions phymateuses incurables dans d'autres organes. Mais nous avons insisté ailleurs sur la nécessité d'un diagnostic précis; nous croyons devoir le rappeler. On attribue souvent à une tuberculose pulmonaire coexistante des symptômes qui sont dus à la tuberculose du rein et il arrive, comme nous l'avons observé, que la gravité de l'état général n'empêche pas de brillants succès avec la néphrectomie primitive.

Il existe dans quelques cas des adhérences si intimes et si étendues du rein aux gros vaisseaux de l'abdomen, il y a parfois des lésions de périnéphrite tuberculeuse si étendues, que les conditions locales ne permettent de faire, pour extirper le rein, que des opérations longues, laborieuses, souvent incomplètes; le malade n'aurait pas la force de les supporter. Dans ces cas encore la néphrostomie vaut mieux que la néphrectomie. L'on ne saurait, on le voit, ne pas tenir compte dans la pratique des améliorations que donné la néphrostomie dans les cas de tuberculose. L'ouverture permanente du rein a été chez plusieurs de nos malades très utilement palliative.

En terminant cet exposé de la question soumise au Congrès de chirurgie, nous croyons légitime de conclure que parmi les conquêtes thérapeutiques réalisées par la chirurgie du rein, il n'en est pas de plus utiles que celles que nous devons à la néphrostomie. L'étude attentive de ses indications montre, en effet, que, dans un grand nombre de circonstances, nous pouvons très avantageusement y recourir.

Indications et Résultats de la Saignée

par M. H. Branthomme

Médecin adjoint de la Maison d'Ecouen

L'antique médication dépurative a trouvé dans l'humorisme moderne un réconfort et un regain de vitalité; un de ses moyens, la saignée, aussi vieille que le monde, au moins que le monde médical, puisqu'elle a dû, ainsi que les autres agents de cette médication, naître comme une nécessité impérieuse du besoin d'imiter les procédés de la nature, suivant l'axiome : *sequere naturam*, qui a dû diriger les premiers médecins, comme il a conduit la philosophie des stoïciens, la saignée, dis-je, bénéficie dans une large mesure des idées qui régissent la thérapeutique actuelle.

Après des fluctuations diverses, des éclaircies ou des éclipses, la voilà qui reparaît brillante et vivace. *Fluctuat nec mergitur*. Pour le moment elle revient « à la mode », elle tend à se faire accepter, ses indications étant comprises des médecins qui savent trouver dans son emploi une des meilleures parmi les médications immédiatement déplétives et dépuratives.

Journellement dans leurs services et leur pratique, des maîtres comme Landouzy, Huchard, Robin, font des saignées et montrent aussi bien dans leur enseignement clinique que dans leurs travaux, à la génération médicale dont nous sommes, l'immense parti qu'on peut tirer des prises de sang.

Les émissions sanguines reviennent en honneur; la clinique n'est plus seule à proclamer leur indispensabilité; les études de pathologie et de thérapeutique expérimentales qui caractérisent notre époque, ont permis de comprendre comment et pourquoi elles étaient salutaires. Ainsi que la médication dépurative à laquelle elles appartiennent elles ont gagné aux travaux modernes une interprétation meilleure de leurs résultats, une étude plus affinée de leurs indications, une pleine connaissance de leurs moyens physiologiques (1).

Instruit par ces leçons, également guidé par l'observation attentive des malades et sollicité par les indications pressantes qu'ils présentaient, j'ai fait un certain nombre de saignées dans des cas variés et avec des fortunes diverses. Ce sont les observations qui les concernent que je raconte à ceux de mes confrères, comme moi praticiens, comme moi exposés aux mille difficultés de la pratique journalière, qui n'ont peut-être pas encore accordé aux prises ds sang, surtout sous la forme de saignées, la confiance qu'elles méritent.

Laissant aux maîtres le terrain des théories et des explications physiologiques, sur lequel je me sentirais mal à l'aise, je m'efforcerai de montrer simplement à quelles suggestions j'ai obéi en saignant mes malades et quels résultats, le plus souvent bienfaisants, j'ai obtenus.

Pour ne pas donner mes observations pêle-mêle, je les classerai en trois groupes :

1° Cas dans lesquels la saignée remplit le rôle *surtout* mécanique ;

2° Ceux dans lesquels elle a une action *à la fois* mécanique et antitoxique ;

3° Ceux, enfin, dans lesquels son action est *surtout* antitoxique.

Ce groupement est certainement quelque peu défectueux, car l'action de la saignée est toujours complexe et, le plus souvent, il n'est pas facile de démêler, au milieu des actes physiologiques et vitaux qu'elle détermine, la part qui leur revient exactement, mais il me paraît encore préférable de les donner avec une apparence d'ordre empruntée à certaines connexités présentées par les observations que j'ai cru pouvoir grouper.

Dans le premier groupe, je donnerai quatre faits ressortissant aux affections cardiaques et un cas d'hémorragie cérébrale.

Dans un deuxième groupe, je relaterai les observations qui ont trait à quelques affections aiguës, aux congestions et aux œdèmes aigus du poumon.

Au troisième groupe seront rattachés les faits où l'état urémique domine la scène.

J'eus, en 1891, l'occasion de soigner un malade atteint d'une affection mitrale qui présentait le tableau de l'asystolie : un cœur tumultueux avec des intermittences et souffle peu net de la pointe, de l'oppression et de l'œdème des membres inférieurs et des bourses ; la digitale était sans action. Cet état persistait depuis quatorze jours plutôt avec de l'aggravation. Remarquant que les jugulaires étaient en état de tension et qu'elles ne désemplissaient pas au moment de l'inspiration, je me décidai à faire une saignée. Je désencombrai le système veineux de 350 grammes. Le résultat fut très remarquable; la digitale retrouvait ses droits et les reins laissaient passer d'abondantes urines ; les membres inférieurs et les bourses voyaient disparaître leurs œdèmes; le cœur revenait au calme

(1) Landouzy. — Leçon inaugurale du cours de thérapeutique, 1897-1898.

ne gardant que quelques faux pas. Fait des plus extraordinaires, *cet homme vit encore et n'a plus refait de crise d'asystolie*; je l'ai revu ces derniers jours ; il a pu continuer, quoique avec des ménagements, sa vie robuste d'homme des champs ; il a des signes d'affection mitrale et observe le soir un peu d'œdème aux malléoles.

En décembre 1892, une asystolique, dans le cours d'une insuffisance mitrale, bénéficia dans la plus large mesure d'une saignée que je lui fis la première fois que je fus mandé près d'elle. Je trouvai cette personne, âgée de soixante-cinq ans, assise dans un fauteuil qu'elle n'avait pu quitter depuis quelques jours, tant était grande sa gêne respiratoire.

Rien ne manquait chez elle au tableau de l'asystolie : œdème des membres, cœur arythmique et tumultueux, congestion passive dans les deux tiers du poumon droit, hydrothorax occupant une bonne moitié du côté gauche.

L'urgence d'une saignée me parut telle que j'y procédai séance tenante ; j'instituai ensuite le régime lacté absolu et la médication digitalique. Cette dernière, que la malade avait employée les jours précédents sans aucun résultat, je la fis reprendre en infusion le jour même, en macération les jours suivants. Elle eut alors un effet prodigieux : émission d'urines abondantes, disparition des œdèmes et de l'épanchement pleural, etc. En deux ou trois jours, cette malade, qui avait été de suite soulagée au point de pouvoir passer dans son lit la nuit qui avait suivi la saignée, était complètement métamorphosée.

La suite de l'observation mérite, je crois, d'être rapportée par le motif qu'elle m'a permis de juger la valeur thérapeutique de la ponction des épanchements pleuraux dans le cours des affections du cœur.

Pendant les cinq mois que survécut cette malade avec des alternatives de reprise d'asystolie et de rémissions, l'épanchement pleural gauche se reproduisit. Je le ponctionnai trois fois à des intervalles variables, je retirai chaque fois à peu près 750 grammes de liquide, et toujours au grand avantage de la respiration et du fonctionnement du cœur. Il ne faut pas exagérer la valeur de ces ponctions. Les épanchements pleuraux se reproduisent à la manière de l'ascite dans la cirrhose hépatique, plus lentement d'abord, plus rapidement ensuite, mais il n'en est pas moins vrai que les ponctions soulagent pour quelques jours la dyspnée, en amplifiant le champ de l'hématose; qu'elles facilitent le travail du myocarde, en décomprimant le poumon, en diminuant la tension vasculaire intra-pulmonaire et qu'elles contribuent pour une part à prolonger la vie du malade.

Je dois ajouter que le strophantus, le sulfate de spartéine, ne me donnèrent que des résultats infidèles, et que la caféine produisait une telle excitation qu'il était impossible de la continuer.

Une autre femme de soixante-quinze ans, atteinte de rétrécissement mitral, en était arrivée à sa troisième attaque d'asystolie, et je ne pouvais en avoir raison par les moyens habituels. Son état était grave et ne laissait guère de doute sur une issue fatale prochaine. Ici encore, j'ouvre la veine, je provoque un flux intestinal abondant par l'administration de calomel et de scammonée, d'autant plus indiqués que le foie était énorme ; je complète la médication par l'administration de la théobromine, et j'ai la satisfaction de voir se résoudre tous les phénomènes asystoliques.

Voici encore un beau succès à l'actif de la saignée : au mois de mars dernier, je voyais avec M. Cels, de Luzarches, une cardiaque âgée atteinte d'insuffisance mitrale, dont l'état subasystolique avec gros œdème des membres inférieurs, durant *plusieurs mois*, s'était aggravé récemment, et qui, sans un traitement vigoureux, n'avait guère devant elle qu'une survie de quelques jours.

La médication, inaugurée par une saignée abondante, activée par le calomel et la scammonée, complétée enfin par la théobromine et le lait, produisit, ainsi que chez mes

autres malades, tout l'effet que nous en attendions. Alitée depuis longtemps, cette femme est revenue à une santé très satisfaisante, retrouvant ses jambes et sa respiration. Elle a pu marcher et s'occuper un peu dans son intérieur.

Voici, *six mois après*, les nouvelles que mon confrère a eu l'amabilité de m'envoyer.

« Vers le milieu de juillet, elle a eu une légère crise qui a cédé à la théobromine en huit jours. Depuis, je l'ai rencontrée dans la rue, sortant, mangeant un peu, buvant du lait; le soir, elle a toujours un léger œdème des malléoles, mais elle se considère comme guérie. »

Le seul cas d'hémorragie cérébrale que j'ai saigné (1888) concerne un homme fort et pléthorique, frappé de l'ictus deux heures auparavant.

Il était sans connaissance et avait une respiration stertoreuse ; il n'était pas douteux qu'il eût une inondation ventriculaire.

La saignée ne produisit pas le moindre résultat favorable. Je n'ai pas été tenté d'y recourir dans des cas analogues.

* * *

J'ai pratiqué ma première saignée (1885) chez un homme jeune et vigoureux, atteint d'une pneumonie au troisième ou quatrième jour et qui revêtait un état grave : orthopnée très intense et non liée à la violence du point de côté, pouls tendu, très dur et très rapide. La situation était pleine de dangers, le cœur me paraissait sur le point d'être forcé et de fléchir. Je ne connaissais pas la caféine. Me rappelant qu'autrefois la saignée au début des pneumonies était de règle, je pensais que le cœur de mon malade ne pourrait y trouver qu'avantage et qu'en retranchant de la masse sanguine une certaine quantité, le ventricule droit serait momentanément moins surmené et par conséquent soulagé d'autant. 300 grammes de sang furent extraits au siège d'élection ; quelques instants s'étaient à peine écoulés que la situatiou de mon malade s'était métamorphosée ; état général meilleur, dyspnée modérée ; le pouls plein et calme offrait un contraste remarquable avec ce qu'il était auparavant ; *le cœur battait à l'aise* ; on pouvait se rendre compte de la véracité de la formule de M. Huchard, qui est devenue un dogme, que, dans la pneumonie, si la maladie est au poumon, le danger est au cœur. Le danger de mon malade résidait dans l'état de son cœur et surtout de son cœur droit poussé à bout et exténué par la tension dans l'artère pulmonaire ; un peu plus, il était vaincu ; la soustraction sanguine intervenant au moment favorable diminuait la tension dans le réseau veineux, dans la veine cave et dans l'oreillette ; le ventricule était, par cela même, dans des conditions bien plus favorables pour satisfaire à sa tâche. Nul doute aussi que la soustraction d'une certaine quantité des toxines accumulées dans le sang n'ait agi dans le même sens. La pneumonie évolua normalement et se termina par la défervescence au neuvième jour.

Ce malade eût-il guéri sans la saignée ? Ce n'est rien moins que probable. Assurément la nature nous fait assister quelquefois à de bien agréables surprises ; il n'en est pas moins vrai qu'à côté d'elles, il y en a qui le sont moins, et nombreux sont les cas où la situation d'un pneumonique se modifie du tout au tout en quelques heures : tel malade que vous aviez quitté sans inquiétude le matin, vous le retrouvez le soir moribond, avec un pouls défaillant et incomptable. Dans le fait de pneumonie que je relatais plus haut et qui était bien une pneumonie classique, comme nous en voyons bien peu maintenant, avec les crachats rouillés, les râles crépitants, puis le souffle d'hépatisation, puis les râles de retour,

l'expectoration fibrineuse et la défervescence au huitième ou neuvième jour, dans cette pneumonie, dis-je, le danger fut vers le troisième jour; elle manqua tuer mon malade à ce moment. La saignée intervint à cette phase critique. La relation entre elle et l'amélioration immédiate qui la suivit fut telle qu'il est impossible d'en mettre en doute la salutaire influence.

Les cas qui vont suivre sont moins heureux. Il s'agit encore d'interventions dans les phlegmasies pulmonaires, je dois néanmoins à la vérité de les mentionner et de les mettre en regard de mon premier succès.

C'est d'abord un cas de broncho-pneumonie absolument désespéré chez une femme de cinquante ans, où il n'y avait pas grand'chose à tenter et où je pratiquai la phlébotomie par acquit de conscience et d'ailleurs sans résultat; l'état infectieux et l'insuffisance du champ opératoire ne permirent pas à la saignée d'avoir un effet utile.

C'est ensuite un homme de quarante ans, fatigué, épuisé, arrivé au septième jour d'une mauvaise pneumonie et que je saignai en désespoir de cause.

C'est enfin une pneumonie aiguë chez une cardiaque de soixante-dix ans qui avait déjà eu une crise d'asystolie et qui commençait à s'infiltrer de nouveau quand éclata la pneumonie terminale. Son cœur stimulé, sous l'influence de cette pyrexie avait entraîné rapidement les œdèmes, mais il n'avait pu, en raison de l'insuffisance de ses valvules, mener sa tâche à bien.

Avec la congestion aiguë et l'œdème aigu du poumon, je me suis trouvé placé plus à l'aise sur un des meilleurs terrains de la saignée.

Dans les premiers jours de 1890, au moment ou l'épidémie d'influenza faisait rage, je fus appelé la nuit auprès d'un homme de soixante-cinq ans, qui présentait tous les symptômes d'une congestion pulmonaire suraiguë éclatant brusquement sans phénomènes prémonitoires. Je trouvai cet homme assis sur son lit, tenant les couvertures de ses mains crispées, la face et le corps couverts de sueur, en proie à une gêne respiratoire effroyable, respirant très bruyamment avec un gros bruit de râles dans la trachée et rendant avec les plus grands efforts une spume rosée abondante ; les deux poumons, dans toute leur hauteur, faisaient entendre une pluie de râles fins et crépitants ; le pouls précipité, la face anxieuse; le malade, à qui il était impossible d'articuler une parole, ne pouvait me parler que par ses yeux, mais son regard parlait pour lui et disait son affrense torture. Le moment était solennel; il n'y avait pas une minute à perdre, il fallait une médication prompte et énergique ; la veine fut ouverte et je recueillis 400 grammes de sang. La saignée était à peine achevée que le malade se sentait mieux et commençait à respirer plus librement. Vingt minutes après, l'orage était passé.

Le lendemain matin, il n'y avait plus que quelques râles vers les bases et le malade se remit promptement.

L'auscultation du cœur ne m'avait révélé rien de spécial et j'attribuais sa congestion aiguë à une attaque brusque d'influenza qui revêtait alors, chez beaucoup de malades, le caractère hémoptoïque ; toutefois, par la suite, j'eus à redonner mes soins à cet homme pour des troubles généraux d'artériosclérose cérébrale, il était fortement alcoolique et ses radiales étaient dures; il est donc probable que son aorte n'avait pas échappé à l'athérome, quoique je n'en eusse pas trouvé de signe très net.

Aussi est-on en droit de se demander si je n'avais pas eu affaire à un œdème aigu du poumon d'origine aortique plutôt qu'à une congestion d'origine grippale. Quoi qu'il en soit et dans un cas comme dans l'autre, le résultat de la saignée fut suivi de succès à cet égard dont il sortait qui était le plus important.

Rentrant dans le cadre de la congestion pulmonaire aiguë, m[illegible]arlait fortement. La

spécial, j'ai observé une jeune femme qui, arrivée au sixième mois de sa première grossesse, fut prise, au moment du retour de l'épidémie de grippe (décembre 1891), d'une congestion pulmonaire d'une extrême intensité : poitrine pleine de râles crépitants, crachats rosés, cyanose se traduisant par une teinte bleuâtre de la face, des lèvres et des ongles ; avec ce début brusque avaient apparu un léger écoulement sanguin par les voies génitales et quelques coliques utérines.

Appelé près d'elle en pleine nuit et parant au plus pressé, je pratiquais une saignée de 300 à 350 grammes, faisais une injection d'éther et couvrais le thorax de ventouses sèches. Le lendemain matin, j'espérais trouver ma malade hors de danger ; il n'en était rien. Je la revoyais identiquement dans la même situation, toujours aussi oppressée et dans le même état asphyxique. Pensant que ma saignée avait été insuffisante, j'ouvris de nouveau la veine et retirai encore 200 grammes de sang ; nouvelles injections d'éther et nouvelles ventouses. La situation se prolongea sans aucune modification toute la journée, la nuit, et une partie du jour suivant ; tout fut tenté en vain et la malade expirait quarante-huit heures après le début des accidents. J'ai depuis lors et bien des fois pensé à cette malade, me demandant si, en raison de l'état de grossesse, raison qui donnait à la congestion pulmonaire une gravité particulière, je n'aurais pas dû faire ma première saignée infiniment plus copieuse, 500 grammes par exemple, et la renouveler au même titre en cas d'insuccès ; en effet, dans l'état de grossesse, la masse sanguine est augmentée dans une forte proportion et on sait l'énorme quantité de sang qu'il faut faire perdre à une parturiente pour mettre sa vie en danger. D'un autre côté, le sang qui venait par les parties génitales et les douleurs utérines, légères il est vrai, laissaient deviner un effort de la nature pour débarrasser l'organisme de sa pléthore sanguine et l'utérus de son produit de conception ; il me semble donc qu'il aurait fallu suivre cette double indication : la première, comme je l'indiquais tout à l'heure ; la seconde, en favorisant, en accélérant la fausse-couche qui tardait à se faire par une dilatation rapide du col, en terminant l'accouchement à la manière dont on procède dans certains cas de placenta prævia. Au toucher, le col n'était pas dilaté mais très mou. Peut-être la déplétion utérine eût-elle, par sa double action mécanique et réflexe, agi sur les vaso-moteurs pulmonaires et amené la sédation des phénomènes fluxionnaires qui ont fini par tuer la malade. Je n'avais pu avoir aucun renseignement sur son cœur, que le bruit respiratoire empêchait d'entendre, non plus que sur les urines. Il n'y avait pas d'œdèmes des malléoles, ni de maux de tête antérieurs, ni de troubles oculaires, enfin aucun signe qui ait pu faire songer à une néphrite gravidique.

* * *

L'année 1897 m'a permis d'observer deux fois, l'une en janvier, l'autre en juillet, de ces affections, aussi soudaines que graves, qui ont été si bien décrites ces dernières années sous le nom d'œdème aigu du poumon. Mes malades étaient des aortiques, l'un atteint d'insuffisance et de rétrécissement combinés et datant de longtemps, l'autre un athéromateux avec une légère dilatation de la crosse de l'aorte se traduisant par une matité transversale plus notable que d'habitude et par un choc plus dur des sigmoïdes. L'un et l'autre furent pris en pleine nuit (toujours la nuit comme on le voit).

Au moment où j'arrivai chez le premier, je le trouvai debout, appuyé contre un défaillant en avant, la face cyanosée, ayant à ses pieds un seau de toilette où il crachait bien une pneumonie mousse de couleur saumon, respirant bruyamment, avec un gros bruit de crachats rouillés, les ra...

de râles dans la trachée. La poitrine, comme chez mon premier malade de 1898, était remplie de râles crépitants. Chez le deuxième, autre scène ; il était en chemise, la fenêtre grande ouverte, criant : « A moi, j'étouffe », et ne voulant, à aucun prix quitter l'embrasure de la fenêtre par laquelle il se penchait, faisant d'atroces efforts pour faire pénétrer dans ses bronches l'air qui s'y refusait, avec un bruit de râles dans la trachée et crachant aussi, mais avec beaucoup de peine, des crachats spumeux et saumonés, mais bien moins abondants que chez le premier malade. Je dus l'ausculter dans sa position, et ici encore, j'entendis une crépitation fine remplissant la presque totalité des poumons. Je le saignai assis à califourchon sur une chaise, car il ne voulut à aucun prix regagner son lit.

Mes deux malades, leur saignée à peine terminée, furent soulagés comme par enchantement ; néanmoins, je leur fis appliquer des ventouses sèches pour achever de faire disparaître les traces de leur œdème congestif qui, vingt-quatre heures après dans un cas, quarante-huit heures après dans l'autre ne se révélaient plus par aucun signe.

.˙.

J'arrive, enfin, au troisième groupe, où il va être question de la saignée comme agent surtout antitoxique dans quelques cas d'affections rénales ou cardio-rénales et dans un cas d'urémie à forme comateuse.

Un homme de soixante ans était atteint d'un mal de Bright qui avait marché rapidement. Au moment où, de Paris, il fut envoyé à la campagne, il était arrivé à la période ultime de cette affection : œdème considérable des membres inférieurs, des bourses et de la paroi abdominale, râles d'œdème pulmonaire, cœur hypertrophié avec bruit de galop, pouls tendu, dur et assez précipité, orthopnée, insomnie absolue, médication diurétique et régime lacté sans effet. Une bonne saignée fut suivie d'une amélioration considérable, de la disparition des œdèmes, du retour du sommeil, et, pour quelque temps, il y eut un retour à un état de santé relatif. On sait malheureusement qu'au point où en était le malade il ne pouvait être question d'une rémission bien longue.

Une femme âgée, qui s'était longtemps considérée comme asthmatique, était arrivée à la période ultime d'une néphrite chronique : œdèmes, etc. Les diurétiques le lait, la digitale, étant impuissants, je me décidai à une saignée que je fis suivre de l'administration de la théobromine, employée par prises espacées de 50 centigrammes, de façon à donner 4 grammes le premier jour, 3 grammes le deuxième jour, 2 grammes les jours suivants pendant deux ou trois jours encore. J'obtins par cette double médication un résultat merveilleux : diurèse des plus abondantes (4 litres les premiers jours) amenant en quelques jours un dégonflement complet, le calme de la respiration et le sommeil.

La théobromine, unie aux mouchetures pratiquées à l'aide du thermocautère, sur les membres inférieurs œdémateux, triompha encore d'une nouvelle crise moins grave que la première. Elle fut sans action un peu plus tard devant la fermeture définitive des reins.

.˙.

Enfin, tout dernièrement, je fus appelé chez un malade de cinquante-sept ans, énorme, obèse, pesant 250 livres, asthmatique, qui, depuis deux jours, à la suite d'un voyage, venait d'être pris de toux, d'oppression, de fièvre et d'un accablement extrême ; à cet accablement avait succédé de la torpeur, puis un véritable état comateux, dont il sortait à peine pour entr'ouvrir les yeux quand on le secouait ou qu'on lui parlait fortement. La

respiration était des plus gênées, la face et les ongles cyanosés et la poitrine encombrée de râles sous-crépitants. Il s'agissait évidemment d'une manifestation grippale d'une grande intensité et sur un terrain déplorable.

Le malade toussait et crachait de moins en moins, et le pronostic me parut des plus fâcheux; je me décidai à le saigner d'urgence sans même prendre le temps d'examiner les urines, me réservant de le faire plus tard. La saignée ne fut pas sans difficulté; les veines étaient perdues dans la masse adipeuse. La ligature du bras ne les rendait pas plus visibles. Toutefois, la palpation me permit de sentir un cordon dur, je le dénudai; c'était bien une veine et je la ponctionnai largement. Je lui fis une saignée copieuse, 7 à 800 grammes pour le moins, bien persuadé qu'il la fallait héroïque, formidable, pour avoir raison de son état asphyxique et comateux. Je lui fis prendre de la caféine et de l'acétate d'ammoniaque à haute dose.

En entrant le lendemain dans sa chambre, le malade me souriait et me demandait le premier de mes nouvelles.

Les premières urines émises contenaient un chiffre fantastique d'albumine : 7 grammes par litre. Inutile de dire que, concurremment avec la caféine, j'instituai la diète lactée sous l'influence de laquelle les urines devinrent claires, abondantes et ne continrent bientôt plus que des traces d'albumine. Le malade a conservé pendant cinq ou six jours une tendance invincible au sommeil, malgré le gramme de caféine qu'il prenait journellement. Progressivement ensuite l'amélioration s'est accentuée, et aujourd'hui, un mois après, le malade, gros mangeur, et à qui j'ai dû, depuis quelques jours, donner un régime mixte, est revenu à son état de santé antérieur, tout en conservant dans les urines des traces appréciables d'albumine. Tout fait donc supposer qu'il avait des reins qui fonctionnaient mal déjà précédemment et qu'ils se sont brusquement fermés sous l'influence des toxines grippales pour produire l'état d'urémie à forme comateuse dans lequel était le malade au moment de mon intervention.

.*.

Jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les quelques faits que je viens d'exposer, et tirons-en les déductions qui paraissent légitimes.

En faisant un tableau succinct de nos observations, nous trouvons :

Œdèmes aigus du poumon : 3 cas, 3 succès.

Congestion aiguë du poumon dans le cours de la grossesse : 1 cas, 1 insuccès.

Coma urémique : 1 cas, 1 succès.

Asystolie rénale : 2 cas, 2 succès.

Asystolie cardiaque : 4 cas, 4 succès.

Pneumonie lobaire chez un adulte : 1 cas, 1 succès.

Pneumonie infectieuse chez un affaibli : 1 cas, 1 insuccès.

Broncho-pneumonie : 1 cas, 1 insuccès.

Hémorragie cérébrale grave : 1 cas, 1 insuccès.

Certes, ces faits ne sont pas très nombreux, mais ils prouvent cependant quelque chose. Les sujets de ces observations étaient tous, au moment de la saignée, dans une *situation critique* et réclamaient un secours immédiat ; c'est donc à l'actif de la saignée qu'il faut mettre la disparition du péril, et dans les cas où elle a été infructueuse, il ne me paraît pas qu'elle ait été nuisible.

Les plus beaux succès de la saignée, comme on le voit, vont aux œdèmes aigus, à la congestion aiguë du poumon, aux états urémiques, chaque fois qu'il y a imperméabilité rénale, confirmant sur ce point les admirables résultats qu'elle fournit habituellement dans l'éclampsie puerpérale.

On voit encore qu'elle trouve son plein effet dans les maladies du cœur, quand ce dernier ne répond plus à l'impulsion de ses toniques habituels.

La pneumonie, dans ces formes congestives, est aussi justiciable des prises de sang.

Dans quelques pneumonies ou broncho-pneumonies, je n'ai tiré aucun bénéfice de la saignée. La saignée ne peut évidemment toujours guérir et cela prouve qu'il faut l'utiliser à propos. Elle devra, d'ailleurs, maintenant, dans les états plus particulièrement infectieux devant lesquels nous étions jusqu'ici désarmés, comme dans certains états dyscrasiques et certains empoisonnements, trouver un puissant auxiliaire dans la sérothérapie. La phlébotomie ouvrira la voie, déblaiera le terrain et facilitera dans une large mesure l'action du sérum artificiel. Le lavage du sang ou plutôt le lessivage du sang, comme le dit avec beaucoup de justesse M. le professeur Landouzy, deviendra le complément de l'ouverture de la veine.

Le fait unique d'hémorragie cérébrale que j'ai mentionné ne me permettra pas de formuler la moindre opinion à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, le champ d'action de la saignée est encore bien vaste, et nombreuses sont les affections dans lesquelles elle est souveraine, parfois arrachant les malades à une mort certaine, opérant de vraies résurrections et leur donnant une survie importante. D'autres fois, elle ne les dispute à la mort que pour un temps relativement court; mais ici encore, nous sommes fidèles à notre art et a notre mission : guérir quand nous pouvons, soulager seulement et prolonger seulement l'existence quand nous ne pouvons davantage.

Je ne crois pas qu'on ait à regretter d'avoir fait une saignée inutile; on regrettera plus souvent de ne pas en avoir fait. La lancette peut, entre nos mains, être une arme de puissante réserve et de grande efficacité; nous ne devons lui demander que ce qu'elle peut nous donner, mais, cela, nous le pouvons et nous le devons. Dans bien des cas, quand on demandera le secours de notre ministère pour de grands malades, seraient-ils « chaussés de marbre et gantés de plomb », nous aurons encore, grâce à la saignée, souvent, plus souvent qu'on ne le pense, moyen de les rappeler à la vie. (1)

(1) *Presse Médicale.*

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 octobre 1898

Présidence de M. le Pr POUCHET, président

M. Bardet présente les conclusions d'un travail de M. Maramaldi, de Naples, concernant la *coronilline*. Ce glucoside a été étudié en France par plusieurs auteurs : il a été extrait de la *coronilla scorpioïdes* par Schlagdenhauffen et représente un succédané de la digitale.

Maramaldi a reconnu que, chez les animaux à température variable, la coronilline provoque un spasme ventriculaire : le cœur s'arrête en systole sous l'influence d'une dose mortelle. A forte dose, on constate que la conductibilité de la moelle est déprimée dans une notable mesure.

Chez les animaux à température fixe, on constate deux périodes : la première, caractérisée par une élévation de pression considérable ; la seconde, par un abaissement de pression avec augmentation de fréquence des systoles : l'arrêt du cœur se fait en diastole. Pour la respiration, on observe d'abord une diminution de nombre et une augmentation d'amplitude ; plus tard, une augmentation de fréquence avec irrégularité et type superficiel.

En injections hypodermiques, la coronilline provoque des vomissements : par voie gastrique, elle ne produit aucun effet quelconque, même à doses massives, sur le chien. Employée à l'intérieur, la drogue provoque une inflammation évidente des téguments.

La dose toxique pour le chien est d'un demi-milligramme par kilo.

Sur la circulation périphérique, on observe des phénomènes de vaso-constriction.

L'élimination de la coronilline se fait très rapidement. La décomposition de la substance, sous l'influence du suc gastrique du chien, ne doit pas nécessairement faire admettre qu'un pareil effet se produirait dans l'estomac de l'homme, car le suc gastrique du chien est incomparablement plus actif que celui de l'homme.

M. Pouchet constate que tous les travaux concernant la coronilline, contribuent à faire de cette dernière un succédané vrai de la digitaline : on ne pourrait pas, sans doute, citer deux autres substances dont les effets physiologiques fussent aussi identiques. La rapidité d'élimination seule diffère, et il est certainement avantageux de posséder un médicament s'éliminant rapidement et pouvant, en tous points, remplacer la digitaline.

Pour la remarque de l'auteur, concernant l'arrêt en systole du cœur des animaux à température variable, et l'arrêt en diastole du cœur des animaux à température constante, l'orateur s'étonne de la trouver consignée. F. Franck a, en effet, démontré que le cœur ne peut rester en état de systole, après la mort, chez les animaux à température constante, grâce à la disposition anatomique des fibres du myocarde.

M. Bardet donne ensuite lecture d'un travail de M. Clemente Ferreira, de Rio-de-Janeiro, concernant *l'action de l'asaprol dans la fièvre typhoïde*. Cette substance, le naphtol monosulfonate de calcium, administrée à la dose de 2 à 3 grammes par jour, en cachets ou en potion, de deux en deux heures, exerce une action très nette sur l'état général des malades et semble diminuer la durée de la maladie. On constate, du reste, que l'asaprol agglutine les cultures de bacilles d'Eberth, et enraie, par conséquent, la pullulation des germes : son action thérapeutique s'explique donc facilement.

E. Vogt.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Contribution à l'opothérapie surrénale chez les addisoniens, par HÉMET *(Thèse de Paris*, 20 juillet 1898). — Les expériences de Brown-Séquard, qui remontent à 1856, ont montré que les capsules surrénales sont des organes essentiels à la vie. La destruction des capsules surrénales entraîne toujours la mort; toutes les expériences ultérieures ont confirmé cette notion capitale introduite par Brown-Séquard dans la science; les plus récentes, celles d'Abelous et Langlois, ont, en outre, permis d'acquérir d'importants renseignements sur le rôle antitoxique des capsules. Si l'on injecte à des animaux décapsulés des extraits de capsules fraîches, comme l'a fait Langlois en 1891, on obtient une survie assez longue. Cette expérience a servi de point de départ à l'opothérapie surrénale; on admet aujourd'hui que les capsules surrénales ont pour fonction de détruire à l'état normal des substances toxiques encore peu connues, mais agissant comme poisons musculaires à la façon du curare, en touchant les plaques terminales motrices. On peut, chez les addisoniens, obtenir une amélioration, au moins passagère, par l'administration de capsules surrénales.

C'est en 1892 que MM. Abelous, Langlois et Charrin ont tenté la première injection sur un addisonien; le patient, tuberculeux à la phase cavitaire, mourut trop rapidement pour que les expériences aient été concluantes. M. Chauffard, dans un second cas, n'obtint aucune amélioration avec l'extrait glycériné, injecté à la dose de 2 puis 3 cc. par jour. D'autres essais thérapeutiques faits par Foa, Pellacani, Luco, Oliver ne donnèrent également que des résultats négatifs. Certains médecins constatèrent même une aggravation de l'état général (Pitres, 1895). Cependant, au fur et à mesure que les observations se multiplièrent, on publia des cas améliorés temporairement (Dieulafoy-Spilmann, 1898) et même des cas de guérison (Tonoli).

En 1897, MM. Widal et Hayem publièrent deux cas où l'amélioration — toujours temporaire, il est vrai — fut remarquable. Chez le malade de M. Widal, qui fut traité par les capsules surrénales de mouton crues et hachées dans du bouillon (à la dose de 12 gr. par jour), les forces se relevèrent deux semaines après le début du traitement; le malade commença à marcher dans sa chambre; après trois mois de séjour, il quitta l'hôpital très amélioré; mais un mois après il avait une rechute et la mort survint dans une syncope.

En opposition avec les insuccès thérapeutiques précédents, M. Beclère a relaté un cas de guérison d'un addisonien traité par l'opothérapie, guérison qui dure depuis trois ans. Ce malade, du 18 octobre 1894 au 4 mars 1895, ingéra 450 gr. de parenchyme surrénal et reçut en tout 50 cc. d'extrait hydroglycériné de capsules surrénales de veau en 43 injections (chaque cc. de la solution correspondant à 0 gr. 25 de capsule surrénale de veau). Il avait recouvré ses forces; au dynamomètre à pression, il dépassait 100 kilogr.; il était capable de faire de longues marches sans fatigue; la mélanodermie s'était beaucoup atténuée, sans disparaître totalement.

C'est M. Beclère qui, le premier, a employé les capsules fraîches d'animaux (octobre 1894). Les glandes ont été empruntées au bœuf, au mouton, au veau; celles de veau sont les plus actives, mais les susceptibilités individuelles sont des plus variables; tandis que M. Beclère a pu aller jusqu'à 20 et 30 gr. de capsules de veau en un jour sans provoquer le moindre signe d'intolérance, M. Hayem n'a pu dépasser 15 gr. par jour; M. Marie n'a pu approcher, même de loin, de ces doses, et n'a pas donné plus de un à deux grammes comme dose quotidienne.

Autant que possible, il faut choisir des animaux jeunes, car chez eux la fonction des glandes est plus active.

nulle part d'un traitement local et recommandent, dans tous les cas analogues, de rechercher le bacille de Lœffler et d'intervenir de suite au moyen d'injections de sérum, si le résultat de l'examen bactériologique est positif.

E. Vogt.

Mort subite après une injection de 10 cc. de sérum antidiphtérique de Roux chez une jeune asthmatique, par Combe *(Société vaudoise de Médecine*, 2 juillet 1898). — Le professeur Revilliod, de Genève, a recommandé les injections de sérum antidiphtérique de Roux dans les cas d'asthme.

Dans un premier cas, M. Combe a supprimé par ce traitement des accès d'asthme chez une jeune fille de vingt ans, après trois injections.

Son second cas est celui d'une jeune fille de douze ans atteinte, depuis son enfance, d'asthme bronchique très grave et dont le cœur commençait à présenter un peu d'arythmie.

Cinq minutes après une injection de 10 cc. de sérum de Roux, la mort survenait subitement.

L'autopsie ne révéla qu'un thymus très gros comprimant la trachée, une synéchie des deux poumons et une congestion intense des bronches.

G. Lyon.

Traitement de la fièvre typhoïde *(Medicinskoié Obosrenié*, n° 7, 1898). — Tschepotieff, en partant de ce point de vue qu'une température élevée indique incontestablement une lutte énergique de l'économie contre l'infection et que, par conséquent, plus la réaction de l'économie sera énergique, plus vite l'organisme triomphera du mal, s'est décidé à ne pas employer d'antipyrétiques dans le traitement de la fièvre typhoïde, à moins, bien entendu, qu'il n'y ait des symptômes menaçants du côté du cœur ou du cerveau.

C'est cette méthode qu'il a appliquée chez 265 malades, et après une expérience de 7 ans, il est arrivé à la conclusion qu'on peut soigner des typhiques sans antipyrétiques ; que le résultat obtenu est aussi bon, sinon meilleur, que lorsqu'on y a recours. Autre conclusion non moins intéressante : Dans la majorité des cas on peut se borner à une alimentation régulière, un régime approprié, et se dispenser totalement de tout traitement pharmaceutique.

Toutefois, comme bien souvent les malades réclamaient des médicaments, l'auteur, pour feindre de leur donner satisfaction, leur administrait de petites doses de teinture éthérée de valériane.

B. Taft.

Injections de sérum antistreptococcique dans la scarlatine *(Thérapeutique moderne russe*, n° 6, 1898). — Dans quatre cas de scarlatine, Kyrmox a essayé les injections de sérum antistreptococcique (du professeur Bouirid, de Cracovie et a obtenu des résultats négatifs.

Il n'a jamais observé ni d'action abortive sur la maladie, ni d'action sur l'évolution de l'éruption, ni de disparition rapide des fausses membranes. On n'a pas constaté non plus d'action sur l'adénopathie.

Enfin, dans un cas, on a pu observer une complication très grave : un œdème généralisé.

B. Taft.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la coxa vara, par M. R. de Bovis, de Reims *(Gazette des Hôpitaux*, nos 113 et 114, 1898). — Nous avons rendu compte à cette même place des symptômes de cette affection, caractérisée par *l'incurvation du col du fémur* en bas et arrière le plus généralement, et qui vient prendre place entre les luxations congénitales et la coxalgie vraie, dont elle est essentiellement distincte. Ce diagnostic est facile à faire aujourd'hui, où l'on dispose de puissants appareils à rayons montrant l'absence de tout déplacement articulaire et l'intégrité des os de la jointure. Le diagnostic doit se faire avec le rhumatisme, l'ostéomyélite, chez les jeunes sujets, la coxalgie. On sait que la coxa vara relève soit d'un *rachitisme tardif*, soit d'une sorte d'*ostéite fibreuse*, limitée au col et décrite récemment par Kuester. L'auteur de ce travail appuie son diagnostic sur les mensurations qui lui montrèrent, chez son sujet, l'ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Poser Nélaton et son rapprochement de la ligne médiane sacrée. Mais nous nous demandons quelle peut bien être l'utilité de relevés aussi minutieux du triangle de Bryant ou de Giraud-Teulon, si variables suivant les anomalies de développements individuelles, lorsque nous disposons de l'examen radiographique qui nous renseigne *de visu*? Suivant l'article déjà cité, le traitement opératoire ne fait pas merveille dans cette affection. Nous le croirions volontiers et nous pensons que le repos et l'extension continue suffisamment prolongés, non seulement empêchent la déformation de s'aggraver, mais donnent de bons résultats fonctionnels, en faisant, en outre, disparaître promptement la douleur, s'il en existe.

Aug. Benoit.

Fracture de jambe ; complications, par G. Muller *(Centralb. f. Chir.* 1898). — Il arrive souvent que, malgré tous les signes d'une consoli-

dation régulière, les personnes qui ont été atteintes de fracture de jambe ne peuvent marcher qu'à l'aide d'une canne ou de béquille. Cela tient, la radiographie a permis de l'établir, à ce que les deux fragments du tibia ne sont pas exactement juxtaposés et il persiste une encoche que le cal ne saurait combler. Existe-t-il, avant d'en venir à une intervention sanglante telle que la suture osseuse, un moyen de remédier a cette complication ? M. G. Müller conseille dans ces cas le port d'une jambière en cuir, pourvue de tuteurs latéraux en métal. La consolidation définitive peut être favorisée par cet appareil, que l'on retire au bout d'un certain temps.

Aug. Benoit.

Des greffes épidermiques par M. Ljunggren (*Deutsche Zeitsch.* 5, Ch., XLVII 1, 5-6), — Il peut être utile de connaître le temps pendant lequel des lambeaux d'épiderme séparés de l'organisme peuvent vivre, conservés dans un milieu approprié. L'auteur s'est servi de la sérosité acétique. Il a constaté que les noyaux des cellules épidermiques se laissaient encore colorer à l'hématoxyline 3 mois après qu'ils avaient été cueillis. Il a vu les lambeaux se greffer sur des plaies bourgeonnantes avec succès, apres un mois de conservation.

Aug. Benoit.

Traitement des varices par l'excision veineuse avec ablation de grands lambeaux cutanés, par Schwartz (*Presse médicale*, n° 74, p. 137, 1898), — M. Schwartz est d'avis que dans certains cas d'individus à peau flasque et atone, celle-ci intervient pour beaucoup, non seulement dans l'augmentation des lésions variqueuses, mais encore dans leur production. Aussi, pour remédier à cet état, a-t-il eu l'idée de réséquer une partie des téguments avec les varices qui leur sont sous-jacentes, de façon à constituer un véritable bas élastique naturel comprimant ou plutôt contenant les tissus sous-jacents.

G. Lyon.

Hémostase des artères intercostales, par M. V. Duchamp (*Loire médic.*, juillet 1898). — Une observation dans laquelle l'auteur, se trouvant aux prises avec de sérieuses difficultés dans un cas d'hémorragie de l'artère intercostale, pratiqua avec succès la résection du segment de côte qui recouvrait ce vaisseau. Il s'agissait d'un hémothorax progressif par plaie pénétrante de poitrine. C'est sur le doigt comme guide, et grâce à un simple débridement de la plaie, que le chirurgien put décoller le périoste en avant et en arrière de la côte, avec un détache-tendon, et enlever à coups de cisailles 5 centimètres de l'arc osseux, Il mit alors des pinces hémostatiques qui pénétraient jusque dans la plèvre par une de leurs extrémités, afin de bien saisir l'artère qui chemine entre le feuillet pleural et le périoste de la face postérieure. Un lavage fut possible et, malgré une infection ultérieure, son malade qui était jeune, guérit rapidement. Notons que les injections de sérum artificiel faites au moment du collapsus, aidèrent beaucoup au relèvement du blessé.

Aug. Benoit.

Hernie étranglée ; emploi de l'eau chaude, par M. Krux (d'Elbeuf), (*Normandie médicale*, juillet 1890). — Observation qui tire tout son intérêt de la simplicité des moyens employés. Il s'agit d'une hernie crurale étranglée que M. Kuhn dut opérer par la kélotomie, apres échec du taxis, dans un milieu campagnard et avec une instrumentation toute primitive. Un confrère administrait le chloroforme. Le seul liquide employé fut *l'eau bouillie*.

L'intestin fut réduit et, vu l'insuffisance des moyens opératoires, la cure radicale ne fut pas tentée, c'est-a-dire que tout fut rapidement fait. Pas de drainage ; simple spica de l'aîne.

L'opéré n'en guérit pas moins fort simplement.

Aug. Benoit.

Péritonite herniaire suppurée, par M. Franchomme (*Journal des Sciences méd. de Lille*, juillet 1898). — La péritonite herniaire, on le sait, est presque toujours secondaire aux étranglements. Il est pourtant des cas où elle succède à des contusions, à l'introduction de corps étrangers dans le sac.

L'auteur communique à la Société des Sciences médicales de Lille, un cas dans lequel il eut à pratiquer le taxis chez un homme porteur d'une volumineuse hernie inguinale gauche devenue irréductible. La tumeur disparut et les accidents s'apaisèrent. Mais le surlendemain, malgré l'émission abondante de matières et de gaz, les nausées et les vomissements reparurent, accompagnés cette fois de douleurs abdominales. Le troisième jour après l'opération, la hernie, qui avait été réduite sans gargouillement, se reproduisit soudain. Le taxis échoua, et malgré l'absence d'obstruction, puisque les matières étaient évacuées, la cure radicale fut proposée et acceptée. Le chirurgien ouvrit la cavité du sac, d'où il s'écoula du pus odorant mêlé de gaz et constata que cette cavité était close de toutes parts et vide. Une fausse membrane très épaisse la tapissait entièrement. Au niveau du collet, une anse d'intestin adhérait et se laissa détacher facilement avec le doigt. L'intestin, attiré au dehors, fut reconnu sain, lavé et réduit. Il n'avait subi aucun pincement latéral. L'opération de cure radicale fut régulière

ment effectuée et le malade guérit. L'auteur pense qu'à la suite d'accidents gastro-intestinaux primitifs, la portion d'intestin malade engagée dans le sac herniaire donna lieu à de la péritonite du sac. Somme toute, c'était bien là l'ancienne péritonite herniaire de Malgaigne. La hernie, étant devenue irréductible par inflammation, ne résista pas cependant au taxis et le cours des matières fut rétabli. Mais la péritonite du sac a continué son évolution. Tel est aussi ce cas de P. Berger qui, chez un malade porteur d'une double hernie, vit une anse intestinale réduite par le taxis s'engager dans le sac herniaire opposé et y donner lieu à une péritonite herniaire suppurée.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale. par A. Guinard *(Médecine moderne*, n° 68, p. 537, 1898). — Les statistiques les plus récentes démontrent la bénignité relative de l'intervention dans la péritonite tuberculeuse, le faible taux de la mortalité immédiate, le nombre véritablement considérable des améliorations durables, voire même des guérisons définitives. Rœrsch, en 1893, dans une statistique portant sur 368 cas, accusait une mortalité brute, immédiate ou éloignée, de 83 morts, soit 23 0/0, se décomposant en 9 morts opératoires et 14 morts éloignées, pour 100 laparotomies.

Les statistiques plus rapprochées accusent des chiffres sensiblement plus faibles ; c'est ainsi que Marganicci, en 1896, relève, pour 253 cas, une mortalité brute de 37 opérés, la mort ayant été 6 fois seulement, nettement le fait de l'acte opératoire.

Ce qu'il est intéressant de savoir, la bénignité relative de l'acte opératoire étant démontrée, c'est si l'intervention est suivie de succès durable. A cet égard, il est difficile de réunir des statistiques suffisamment nombreuses, la plupart des malades opérés ayant été perdus de vue. Cependant Kœnig, sur 84 malades déclarés guéris, en a pu observer 30 pendant plus de 2 ans, dont 14 pendant plus de 3 ans. La malade qui fut le sujet de la célèbre observation de Spencer Wells, en 1862, vivait encore en 1889. Dans des cas, déjà nombreux, dus à Ahlfeld, à Hofmokl, à Ceccherelli, à Rœrsch, à Richelot, à Picqué, la guérison anatomique de la tuberculose péritonéale avec disparition totale des tubercules, a été constatée *de visu*, au cours d'une seconde laparotomie faite ultérieurement.

Ce que la statistique met surtout en évidence, c'est l'importance de la forme de la tuberculose péritonéale au point de vue du pronostic opératoire.

Tous les cas de tuberculose miliaire aiguë traités par la laparotomie, se sont terminés par la mort à brève échéance. Dans la forme ascitique, au contraire, les résultats sont surprenants. Certaines statistiques, portant uniquement sur cette forme, notent 90 guérisons sur 100 laparotomies ; le pronostic est particulièrement favorable pour les enfants. On peut compter en moyenne, dans cette forme, 80 guérisons sur 100 interventions.

Dans la forme ulcéreuse, les résultats sont moins satisfaisants : 9 morts, dont 4 immédiatement après l'opération (Legueu). La plupart des guérisons ont été troublées par des accidents multiples, et en particulier des fistules stercorales.

En somme, on ne trouve ici que 60 0/0 de guérisons.

Quant à la forme fibreuse, comme elle tend naturellement à la guérison, on n'est guère intervenu que lorsqu'il s'est produit un accident d'occlusion intestinale ; c'est ce qui explique le nombre relativement considérable des morts dans cette variété, qui est pourtant la plus bénigne.

On trouve 9 morts sur 26 opérés, ce qui donne un taux de guérison d'environ 65 0/0.

Pour les formes localisées, d'origine générale, la statistique d'Aldibert donne en bloc une mortalité de 34 0/0.

Quant aux guérisons spontanées, on sait combien elles sont fréquentes, surtout chez les enfants.

La laparotomie, quand elle est indiquée, constitue un mode thérapeutique très supérieur à tous les autres.

Voyons donc quelles sont ses indications.

Dans les formes aiguës, le pronostic est absolument fatal quand la maladie est abandonnée à elle-même. On ne saurait donc condamner *à priori* l'intervention, bien qu'elle soit bien rarement couronnée de succès.

La forme ascitique est celle où il est indiqué d'intervenir aussitôt que possible, avant l'ulcération des tubercules.

Dans la forme ulcéreuse, le pronostic opératoire est beaucoup plus grave. Mais comme le pronostic de l'évolution spontanée est pis encore, on est autorisé à intervenir de la même façon.

La forme fibreuse ne commande l'intervention que si des accidents de compression ou d'occlusion par bride forcent la main au chirurgien.

La laparotomie est encore indiquée dans cette forme, si les douleurs sont intenses et si des poussées fébriles intermittentes indiquent l'existence de récidives ulcéro-caséeuses.

Enfin, quelle que soit la forme, l'intervention s'impose d'urgence si l'on se trouve en présence de phénomènes d'occlusion ou de perforation

intestinale, ou si l'on assiste au développement d'un phlegmon pyostercoral.

Quand il y a co-existence de tuberculose péritonéale et de salpingite tuberculeuse, on ne doit pas hésiter à intervenir (Bouilly).

Les contre-indications de la laparotomie sont tirées pour la plupart de l'existence de manifestations tuberculeuses extra-péritoneales. La tuberculose pleurale notamment est une contre-indication formelle. En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, celle-ci ne contre-indique l'opération que si elle est très étendue. Debove a même constaté que la disparition des lésions abdominales exerce souvent une influence favorable sur la marche de la tuberculose pulmonaire. La tuberculose intestinale est une contre-indication absolue ; le malade ne tire aucun profit de l'intervention et celle-ci expose aux dangers de la perforation intestinale.

Les théories les plus diverses ont été émises pour expliquer l'action de la laparotomie sur la tuberculose péritonéale. Mosetig Moorhof pense que la sécheresse et la lumière étant nuisibles au développement des bacilles, c'est l'exposition du péritoine à la lumière du jour qui joue le principal rôle.

Kœnig, Pic, Truc, Ceccherelli, Gatti pensent que la laparotomie favorise la régression et la transformation fibreuse des tubercules par un processus qui a été étudié expérimentalement chez les animaux par Kischenski. Ce dernier a vu qu'à la suite de l'intervention simple apparait régulièrement dans le péritoine un exsudat séreux qui exerce une action bactéricide sur les bacilles tuberculeux ; c'est cette intervention qui provoque le processus fibro-formateur.

Mosetig Moorhof, fidèle à sa doctrine, a proposé de substituer à la laparotomie la ponction suivie d'injection d'air stérilisé. Duran (de Barcelone) a fait au Congrès international de Moscou, une communication sur ce procédé qui serait, d'après lui, aussi efficace que la laparotomie, sans exposer le malade aux dangers d'une intervention radicale.

G. Lyon.

Recherche des corps étrangers par les rayons de Rœntgen, par M. Debédat (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, sept. 1898). — La *radiographie* doit être toujours contrôlée par la *radioscopie*, ou « fluoroscopie », au moyen d'appareils suffisamment puissants. Témoins les cas suivants, où la première de ces recherches aurait entraîné à une erreur de diagnostic :

I. La jeune T..., 3 ans et demi, présentait des coliques légères, du ténesme rectal. Elle avait reçu en récompense, 4 jours auparavant, une pièce de cinq centimes que l'on n'avait pu retrouver. L'épreuve radiographique à laquelle on la soumit fut *négative*. L'examen par l'écran montra, un peu au-dessus de l'estomac, dans une anse d'intestin grêle extrêmement mobile, le sou se devinant parfaitement. La pièce se déplaçait vivement en suivant les mouvements de l'intestin. Cette mobilité expliquait l'insuccès de l'épreuve photographique. Le sou fut expulsé, par les voies naturelles, 15 jours après l'ingestion.

II. Jeune B..., 7 ans, avait avalé une grosse épingle. Radiographie nulle. Examen fluoroscopique : décèle la présence de l'épingle, très mobile, au voisinage de l'ombilic. L'épingle sortit par les voies naturelles 7 jours après son ingestion. — Comme conclusion, si l'on a un échec par la radiographie, réserver son diagnostic jusqu'à un examen par l'écran avec des instruments proportionnés à l'épaisseur des parties à traverser.

Aug. Benoit

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la constipation chronique (*Die ärztl. Praxis*, n° 12, 1898). — Hirschfeld, de Berlin, fait remarquer que la constipation chronique s'observe surtout dans les classes aisées de la population, et en trouve la cause dans l'exercice musculaire insuffisant et l'alimentation insuffisamment végétarienne. Une alimentation de résorption trop facile produit facilement de la constipation : il est utile, à ce propos, de rappeler les chiffres concernant quelques aliments.

La proportion des déchets est la suivante :

	Substance sèche	Albumine	Hydrocarbures
Viande.....	5.3 0/0	2.6 0/0	» 0/0
Œufs.....	5.2	2.6	»
Lait.....	8.8	7.1	»
Petits pois....	9.1	17.5	3.6
Pain blanc fin.	4.0	20.0	2.3
Pain ordinaire.	6.7	24.6	2.6
Pain de gruau.	12.2	30.5	7.4
Carottes.....	20.7	39.0	18.2
Pommes de terre.....	9.4	32.2	7.6
Riz.....	4.1	20.4	0.9

On voit par ce tableau que la distinction entre la nourriture animale et la nourriture végétale ne suffit pas pour apprécier la quantité des déchets, car la substance sèche non résorbée n'atteint pas, pour le pain de qualité supérieure et le

riz, les chiffres que donnent les aliments d'origine animale. On peut cependant admettre, comme règle générale, que les classes pauvres absorbent des aliments moins nutritifs que les classes aisées. En outre, la quantité d'eau contenue dans les selles est beaucoup plus élevée quand l'alimentation a pour base des substances imparfaitement digestibles.

Il est facile de comprendre qu'un intestin à travers lequel passent des fécès abondantes présentera des mouvements péristaltiques très marqués. Inversement, une alimentation fournissant peu de déchets excite peu le péristaltisme et provoque des troubles digestifs qui, à leur tour, provoquent de l'inappétence. Le poids des fécès peut, dans ces conditions, descendre à un minimum qui semblerait absolument incroyable, si l'on instituait à ce point de vue des observations précises.

Donc, pour combattre la constipation, il faut faire passer à l'arrière-plan les aliments donnant peu de déchets, mais en se rappelant qu'un tube digestif habitué dès l'enfance à recevoir une nourriture facilement assimilable ne saurait, du jour au lendemain, être soumis à un régime opposé sans de nombreux inconvénients. On pourra toujours commencer par remplacer le pain de froment par le pain de seigle. Le petit lait remplacera avantageusement le lait.

Les substances sucrées, à condition d'être prises en grande abondance (miel par exemple), ont une influence favorable sur la défécation. Le sucre de lait, par exemple, est laxatif aux doses de 20 à 40 gr. : on peut le faire prendre le matin de bonne heure dans de la limonade.

La cure de raisin, souvent recommandée, ne présente pas une grande fixité d'effet. Dans les années où la maturation se fait mal, le raisin contient beaucoup d'acides végétaux et provoque un effet laxatif, mais dans celles où la récolte s'annonce bonne, l'effet cherché n'est souvent pas obtenu.

Le café au lait est laxatif, le thé est constipant. L'action du café sera favorisée si on fait précéder son ingestion de celle d'un verre d'eau fraîche.

E. Vogt.

La contracture de l'anse ilio-pelvienne du côlon ; ses causes, ses effets, son traitement, par Jules Geoffroy (*Congrès de Nantes*, 4-11 août 1898). — Continuant ses études sur le rôle du spasme et de la contracture dans les affections du tube digestif, études qu'il a fait connaître dans plusieurs publications et, en particulier, aux congrès de Bordeaux (1895) et de Moscou (1897), l'auteur rappelle qu'il avait commencé à Moscou l'exposé de la pathologie nerveuse de l'anse ilio-pelvienne du côlon, en démontrant que c'est *la contracture réflexe de l'angle ilio-pelvien qui produit les vomissements de la femme enceinte*, et que contracture et vomissements cèdent rapidement (2 à 3 séances) à l'application de la *palpation prolongée*.

Les *maladies utérines*, depuis la *dysménorrhée* jusqu'à la *métrite*, et les maladies des annexes agissent sur ce point de l'intestin d'une façon analogue à celle de la grossesse. Mais si, à l'inverse de la grossesse, elles amènent plus rarement des vomissements, par contre, elles donnent lieu à des douleurs locales extrêmement violentes, qui siègent toujours dans cette même portion du gros intestin, mais que l'on attribue faussement à la matrice, et qui sont facilement supprimées par la *palpation prolongée*.

L'hystérie, le nervosime, la neurasthénie, l'arthritisme sont des affections générales capables d'agir dans le même sens sur l'anse ilio-pelvienne : le spasme et la contracture de cet intestin sont fréquents chez les neuro-arthritiques. Il faut être prévenu de l'existence de ce phénomène, si l'on ne veut pas laisser égarer son diagnostic sur des symptômes secondaires qui, dans certains cas, concentrent sur eux l'attention, mais sont cependant sous sa dépendance et cèdent avec lui.

Le spasme et la contracture de l'anse ilio-pelvienne (et l'on peut dire de tout le tube digestif, mais il y a là une localisation très nette du phénomène) donnent lieu à la production de glaires muqueuses, muco-membraneuses ou pseudo-membraneuses, et s'accompagnent, en un mot, de tous les symptômes que l'on a réunis pour en constituer une affection particulière, encore très mal connue jusqu'ici, et que l'on a décorée du nom d'entérite glaireuse muco-membraneuse, ou pseudo-membraneuse. Ainsi qu'il l'annonçait déjà, l'an dernier, à Moscou, l'auteur est en mesure de prouver qu'il n'y a aucune inflammation dans cette prétendue entérite et que cette affection est constituée de toutes pièces par un état de spasme et de contracture musculaires, avec irritation de la muqueuse, état fréquent chez les neuro-arthritiques. C'est l'anse ilio-pelvienne qui est surtout atteinte ; quelquefois lorsque la maladie est ancienne, elle gagne le côlon ascendant et le côlon transverse, même le cœcum : mais ces cas ne sont qu'une extension de la maladie primitivement limitée à l'anse ilio-pelvienne.

Si vraiment l'entérite glaireuse n'est qu'un état de contracture intestinale, le traitement que l'auteur a préconisé contre le spasme et la contracture du tube digestif en général, doit être applicable à cette soi-disant entérite. C'est ce que les faits démontrent, et le Dr Jules Geoffroy trouve dans le succès même de la palpation pro-

longée appliquée à cette affection la preuve de son affirmation.

L'expérience que l'auteur a acquise dans le traitement de ces états de contracture lui a actuellement démontré que, si la *palpation prolongée* est la seule *méthode de diagnostic* à employer dans ces cas, il est une autre *méthode de traitement* plus calmante, plus active et plus rapide : c'est le *massage vibratoire*, obtenu avec des appareils spéciaux très perfectionnés, qui en font le traitement mécanique à la fois le plus calmant et le plus actif que l'on puisse désirer. Ce traitement procure une guérison complète dans les cas que l'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique médicale : il agit et soulage encore dans les cas extrêmes où la structure intime de la fibre lisse paraît compromise par l'exagération et la trop longue durée de la contracture et de la distension; mais il faut y apporter beaucoup de patience et de précaution.

R. Blondel.

Action du cyclisme sur les viscères abdominaux et thoraciques (*Académie des Sciences* 29 août 1898). — MM. Regnault et Bianchi, à l'occasion de la course récente de 72 heures à Paris, ont soumis plusieurs coureurs à la *phonendoscopie* qui leur a fait rapidement connaître l'état des organes avant et après la course. Les viscères abdominaux sont soulevés, et ce soulèvement général se répercute sur les organes thoraciques. L'extrémité pylorique de l'estomac est élevée et tout l'organe prend la forme d'une besace, qui lui permet de conserver les aliments. Les déplacements en hauteur sont de 2 à 4 centimètres. Ces modifications expliquent les bons effets du cyclisme dans les *ptoses*, les pleurésies (?) et chez les sujets dont l'estomac présente une verticalité exagérée.

Aug. Benoit.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Le traitement des céphalées neurasthéniques par Liégeois (*Journal des Praticiens*, n° 34, p. 530, 1898). — Les nervins doivent être employés à petites doses et seront combinés avec un excitateur de l'activité cérébrale (caféine) :

Phénacétine ou exalgine..	0 gr. 25
Caféine.....	0 gr. 20

Mêlez pour un cachet.

Les sels ammoniacaux donnent de bons résultats. On peut employer le chlorhydrate, d'après la formule de Barrallier (de Toulon) :

Eau distillée ou infusion de mélisse ou de menthe.....	60 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque..	3 gr.
Sirop d'écorce d'orange	25 gr.

Barrallier faisait prendre la potion en trois fois, à une demi-heure d'intervalle, en pleine période douloureuse et lorsque la douleur était à son maximum. Wright, Gubler ont obtenu la même sédation avec l'acétate d'ammoniaque liquide, — d'autres avec le carbonate, — Liégeois avec le valérianate cristallisé à la dose aussi de 3 grammes, prise en trois fois, comme précédemment, dans 80 gr. d'élixir de Guarana.

Lorsque la céphalée reparaît à la fin de la journée, il importe de favoriser le sommeil; jamais d'opium, rarement du chloral; plutôt du sulfonal, du trional, huit ou dix gouttes d'hypnone, ou encore 0 gr. 10, 0 gr. 20, 0 gr. 30 de tannate de cannabine.

La faradisation et la galvanisation générale, l'électrisation statique sont des moyens préventifs à utiliser.

Lorsque la céphalée paraît après les repas et paraît directement liée aux troubles digestifs, le meilleur traitement est celui qui vise ces troubles.

Enfin, il est une autre variété de céphalée que l'on peut observer chez les neurasthéniques qui présentent des battements des artères cervicales et temporales, qui se plaignent de bourdonnements et de sifflements d'oreille, d'éblouissements.

Dans ces cas, l'ergot de seigle et la quinine sont indiqués. On prescrira 0 gr. 60 de bromhydrate de quinine, en une fois, associé à 0 gr. 40 de poudre fraîche d'ergot.

Quelle que soit la variété de céphalée, il va sans dire que le traitement de fond de la neurasthénie — hygiénique plutôt que médicamenteux — sera institué.

G. Lyon.

Traitement des aliénés par le repos au lit. (*Recueil de Psychiâtrie russe*, n° 3, 1898). — Les observations de Trapeznikoff l'ont amené à formuler les conclusions suivantes :

1° Le régime du lit, appliqué sans exception à tous les malades, avec maintien forcé à l'aide d'un personnel surveillant ou par d'autres procédés, est un pas immense en avant dans le traitement des aliénés.

2° Le moyen qui consiste à mettre des malades furieux au milieu de malades calmes — toujours au lit bien entendu — ne donne pas, loin de là, les résultats qu'on pourrait en attendre.

3° Le régime du lit ne semble pas applicable aux paranoïques, car ils se sentent bien plus mal pendant ce traitement.

4° Pendant le régime du lit, le poids des malades diminue, sans que cette diminution soit accompagnée d'amélioration au point de vue psychique.

5° Le régime du lit favorise l'onanisme.

6° Le nombre d'heures de sommeil pendant 24 heures augmente pendant le régime du lit, mais quelquefois au détriment du sommeil nocturne.

7° Ce régime n'exerce guère d'action sur la dose de narcotiques qu'on administre aux malades.

8° La constipation paraît être plus fréquente.

9° Les accès furieux paraissent devenir moins fréquents.

10° Le meilleur moyen de pratiquer le régime du lit consiste à mettre les malades dans des chambres séparées, sans exercer sur eux la moindre influence.

11° Quant aux médications, elles doivent être toujours rigoureusement individuelles.

B. TAFT.

Maladies vénériennes, Maladies de la Peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement des plaies chancrelleuses par le rayonnement calorique, par REYNAUD (*Marseille médical*, n° 17, p. 558, 1898). — On connaît depuis longtemps le pouvoir bactéricide d'une température élevée sur certaines affections locales.

En ce qui concerne le traitement des plaies chancrelleuses par l'action calorique, le procédé d'Aubert, de Lyon, est le premier en date ; on sait qu'Aubert soumet les malades à une immersion totale à la température de 42°. Martineau et Lormand s'efforcèrent sans trop de succès de diminuer l'inconvénient de ce système en plongeant seulement la moitié inférieure du corps dans un bain à 40°. Ensuite Arnozan et Vigneron, puis Welander, songeant toujours à utiliser l'action de la chaleur, ont fait l'expérience des pansements humides renouvelés fréquemment pour maintenir la température locale voisine de 40°. Enfin la cautérisation directe au fer rouge a souvent donné des résultats inespérés (Rollet), mais ce dernier procédé est atrocement douloureux.

M. Reynaud a utilisé les propriétés thérapeutiques de la chaleur, tout en évitant les inconvénients des autres procédés. Il suffit de chauffer au rouge-blanc la pointe du thermocautère : placée à deux centimètres au-dessus de la plaie et parallèlement à son plus grand axe, cette lame rougie est maintenue durant quatre ou cinq minutes dans la même situation si la surface est accessible dans sa totalité ; si, au contraire, elle est anfractueuse, étroite et profonde, si quelque trajet fistuleux a contribué à décoller ses parois, à soulever ses bords, il est indispensable d'écarter ces parois, pour mettre à nu leurs moindres replis ; de débrider, enfin, tout pont de substance pouvant entraver l'irradiation et la pénétration immédiate des rayons caloriques. La température qui se dégage oscille entre 55 et 60 degrés à partir de la troisième minute ; la durée totale de la séance n'excédant jamais cinq minutes, le malade n'éprouve guère qu'une sensation de picotement plus désagréable que douloureuse, mais dans tous les cas très supportable.

Dans l'intervalle des séances, qui sont répétées toutes les vingt-quatre heures, pendant quatre, six ou huit jours au maximum et dans les plus mauvais cas, la plaie chancrelleuse est recouverte simplement d'une lame de coton hydrophile imbibée d'eau distillée ou bouillie sans aucune substance antiseptique médicamenteuse.

G. LYON.

Du traitement complémentaire de la syphilis par les eaux sulfureuses, par le Dr DREscH (Ax) (*Congrès d'hydrologie et de climatologie de Liège*, 25 sept. 1898, in *la Clinique*). — Le mode d'action de ces eaux ne porte pas directement sur la syphilis ; mais il est antitoxique, contre l'hydrargyrisme, et antitoxinique, en ce sens qu'il facilite l'élimination des toxines. La cure sulfureuse doit être intermédiaire aux cures mercurielles. De cette façon elle empêche l'éclosion des accidents tertiaires graves. La poussée thermale aux eaux sulfureuses n'est pas autre chose que le signe de l'élimination des toxines, le soufre étant un agent d'oxydation énergique. Il résulte de tout cela que le traitement par les eaux sulfureuses ne convient nullement dans la première période de la maladie et ne peut remplacer le traitement mercuriel.

Discussion. — M. le docteur CAZAUX (Eaux-Bonnes) croit qu'il n'y a pas d'action antitoxique, mais il pense que le soufre agit comme tonique général aussi bien dans la syphilis que dans la tuberculose. Quant à la poussée thermale elle ne se produit que chez des prédisposés : elle est rare aux Eaux-Bonnes.

M. le docteur BIENFAIT (Liège) s'étonne que le soufre favorise l'élimination du mercure, étant donné que les sulfures de mercure sont insolubles.

M. le docteur Dresch répond qu'il ne s'agit pas de sulfures de mercure, mais de l'action des sulfites et hyposulfites alcalins.

M. Tardieu (Mont-Dore) ayant constaté que nombre de stations ont donné de bons résultats dans la syphilis, on doit en conclure que l'action du climat sur la reconstitution de l'organisme en général est prépondérante.

M. Faivre (Luchon) maintient que l'action du soufre est spécifique ; peu importe l'explication que l'on invoque pour se rendre compte des résultats que l'on observe, qu'il soit microbicide, antitoxinique ou antitoxique.

R. Blondel.

Les injections de calomel représentent-elles d'une façon constante et invariable, l'effort thérapeutique maximum du traitement spécifique contre la syphilis ? par A. Morel-Lavallée *(Journal des Praticiens*, n° 41, p. 641, 1898). — A l'occasion d'une communication faite par M. Jacquet, M. Morel-Lavallée passe en revue les indications et les contre-indications des injections de calomel :

La méthode des injections de calomel n'est pas indispensable pour tous les sujets; c'est là une affirmation qui n'a pas besoin d'être soutenue par des arguments.

Elle n'est pas indiquée également pour toutes les variétés d'accidents syphilitiques. Sans rivale contre le psoriasis palmaire et ses récidives, contre les glossites scléreuses, son application est déjà contestée contre les accidents buccaux secondaires persistants et, pour les gommes du voile, elle n'a pas encore détrôné l'iodure. D'ailleurs, même quand la médication est indiquée, une fois le gros danger passé, on peut revenir à des procédés plus bénins.

Comme toutes les autres méthodes, celle-ci a ses échecs; il est des syphilis rebelles à tous les traitements, soit qu'il y ait en jeu des facteurs de gravité connus ou supposés ou que la résistance au mal soit irréductible et définitive.

A un moment donné, les injections, comme tous les autres procédés de traitement, peuvent être frappées d'impuissance temporaire ou définitive.

Ne leur demandons que ce qu'elles peuvent donner et gardons-nous de toute exagération.

Servons-nous en dans le cas de péril imminent, de syphilis grave, d'ulcérations phagédéniques rebelles aux autres médications, de léontiasis facial et lingual, de psoriasis palmaire; donnons-les aux malades hospitalisés qui jettent leurs pilules et crachent leur sirop; proposons-les aux malades qui ont l'estomac délabré; accordons-les aux clients qui se cachent de suivre un traitement quotidien.

Mais ne proclamons pas qu'elles sont le meilleur, ni surtout le seul, l'unique traitement — et traitement infaillible — de la vérole; ce serait propager une erreur et, par contre-coup, mettre en danger le terrain acquis.

G. Lyon.

Nouveau procédé de traitement opératoire des rétrécissements syphilitiques du rectum (Sokoloff, *Centralb. f. Ch.* 1898 n° 24). — Exécuté chez la femme avec succès, ce nouveau procédé consiste à découvrir le rectum, comme dans l'opération de Kraske, à l'inciser de dehors en dedans, sur un conducteur introduit par l'anus et sur toute la hauteur du rétrécissement, puis à suturer transversalement les bords de cette incision, comme dans l'opération de Heinecke-Mikulicz, plus connue en France sous le nom de procédé de Péan pour les rétrécissements du pylore. Excellents résultats consécutifs. Ce procédé s'applique exclusivement aux cas de syphilomes rectaux qui n'ont pas cédé à la dilatation progressive.

Aug. Benoit.

De l'action du naphtalan *(Medicinskoié Obosrenié*, n° 7, 1898). — Il y a environ un an, Rosenbaum publia son premier travail sur l'action thérapeutique du naphtalan, dont nous avons rendu compte dans la Revue. Il revient sur ce sujet, et communique une série de nouvelles observations. Le naphtalan donne d'excellents résultats dans les brûlures de premier et second degré ; il calme rapidement la douleur et préserve contre l'infection et les complications que celle-ci peut entraîner. Son action est encore plus efficace dans les brûlures de troisième degré et, en général, dans les *processus gangréneux* ; dès le lendemain toute odeur disparaît, les phénomènes inflammatoires et suppuratifs diminuent notablement d'intensité, et au bout de peu de temps les portions nécrosées se détachent, et une bonne cicatrice ne tarde pas à se former.

Dans les engelures le naphtalan calme la douleur et préserve contre la gangrène.

Il agit également très bien dans certaines formes d'eczéma aigu, particulièrement dans l'eczéma iodoformique, si rebelle ordinairement à tout traitement.

Dans l'eczéma aigu le naphtalan permet d'obtenir la guérison, même dans les cas où tout autre traitement poursuivi pendant des années a échoué. Citons rapidement les autres maladies où le naphtalan donne des résultats fort favorables : rhumatisme articulaire aigu, entorses, lymphadénites aiguës ou chroniques, lupus de la face, plaies superficielles, phlegmons, abcès.

Dans la syphilis, Rosenbaum emploie avec succès des frictions mercurielles au naphtalan.

D'une façon générale, l'action du naphtalan se rapproche beaucoup de celle de l'ichtyol; cependant le naphtalan serait préférable, en ce qu'il irrite la peau bien moins que l'ichtyol.

En outre, le naphtalan n'a pas d'odeur, ce qui est certainement un grand avantage.

B. Taft.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Emploi du sérum gélatineux dans les hématuries vésicales d'origine néoplasique, par Nogués (In *Ann. Gén. Ur.* 1898, p. 817). — Nogués emploie le mélange de Carnot : 5 gr. de gélatine dissous dans 100 gr. de sérum physiologique à 7 0/0 et stérilisé par deux chauffages successifs à 100°.

Liquéfier au bain-marie la solution, évacuer la vessie, la laver avec douceur à l'eau boriquée, puis injecter plusieurs fois de suite de petites quantités de sérum gélatineux, en les évacuant successivement, puis injecter une quantité suffisante de sérum pour remplir la vessie sans la mettre en tension. — Laisser cette quantité dans la vessie.

C'est le même sérum que Siredey emploie en tampons intra-utérins dans les métrorrhagies rebelles.

E. Chevalier.

Cystoscopie et lithotritie chez la femme, par Pasteau (In *Ann. Gen. Ur.*, p. 807, 1898.). — Grâce à la combinaison de la cystoscopie et de la lithotritie, on a pu débarrasser d'un calcul une femme dont la vessie se prolongeait du côté droit en formant une corne profonde, étroite, où se nichait presque toujours le calcul qui n'en sortait que pour venir obstruer le col.

Le Dr Albarran, qui fit la lithotritie, fut obligé, après plusieurs tentatives infructueuses, d'introduire à la fois le cystoscope simple et le lithotriteur pour prendre le calcul, pendant que le doigt d'un aide, dans le vagin, repoussait la paroi vésicale et fermait la loge.

E. Chevalier.

Traitement de l'infection vésicale, par la taille hypogastrique, par Picqué (In *Ann. Gen. Ur.*, p. 785, 1898). — 1) Dans les cas d'infections vésicales simples, récents, sans lésions ascendantes, essayer du cathétérisme et du lavage — et, en cas d'insuccès, faire la taille hypogastrique.

2) Dans les cas d'infections compliquées de pyélo-néphrite, faire d'emblée la taille hypogastrique,

3) Dans les cas d'infections compliquées de lésions irréparables du rein, s'abstenir.

E. Chevalier.

Guérison rapide de l'orchite ourlienne par les badigeonnages au salicylate de méthyle, par Schoull (*Journal des Praticiens*, n° 41, p. 642, 1898). — Le Dr Schoull a soigné deux cas d'orchite ourlienne par les badigeonnages biquotidiens au moyen du salicylate de méthyle; dans ces cas, la guérison est survenue très rapidement.

G. Lyon.

Nouvelle méthode de taille hypogastrique. Suarez de Mendoza (*Ac. de Méd.*, 23 août 1898). — L'auteur ne se sert ni du ballon de Petersen, ni du remplissage de la vessie : il place le malade dans la position de Trendelenburg, incise jusque la vessie, et, au moyen d'une sonde métallique placée dans la vessie, fait saillir la paroi antérieure de la vessie, la traverse avec un fil et l'ouvre pour terminer comme dans les procédés ordinaires.

E. Chevalier.

Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein, par Houzel (In *Rev. de Chir.*, août et septembre 1898). — L'auteur dans un mémoire écrit à l'occasion de deux cas opérés par lui (1 néphrectomie-mort; 1 néphrotomie-guérison), étudie les kystes hydatiques du rein. Au point de vue thérapeutique il conclut que le traitement ne peut comprendre que la néphrectomie ou la néphrotomie. L'opération de choix est la néphrotomie lombaire.

E. Chevalier.

L'acide picrique dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, par Scatolari. (In *Sem. Méd.* p. 359, 1898). — L'auteur, avec une solution de 2 à 5 pour mille, fait 3 lavages d'un demi-litre par jour avec le dispositif des lavages au permanganate de 1 mètre à 1 m. 50 de pression.

E. Chevalier.

Traitement de la blennorrhagie chronique, (*Medicinskoié Obosrenié* n° 7, 1898). — Yakowleff a combiné, dans le traitement de la gonorrhée chronique, les procédés de Guyon et de Janet.

La vessie étant remplie, on cautérise l'urèthre d'après le procédé de Guyon avec une solution de nitrate d'argent a 1-7 0/0. Ces cautérisations sont répétées à un intervalle qui varie de 1 à 3 jours.

En outre, trois fois par jour, on pratique le lavage de l'urethre avec une solution de perman

ganate de potasse à 1-10 0/000 (on introduit dans la vessie 500 grammes de cette solution). Les résultats obtenus par ce traitement, sans être brillants, ont été en somme assez satisfaisants : sur 28 malades, 18 ont guéri.

B. Taft.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité à l'hôpital de la Charité.

L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligatures (angiotripsie), technique et résultats, par Tessier *(Thèse de Paris, 1898*, in. *Gaz. hebd.*, 25 sept. 1898).— M. Tessier étudie, d'après la statistique des cas opérés par M. Tuffier, les résultats de l'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligature (angiotripsie).

Tous les cas se rapportent à des hystérectomies vaginales totales dont 25 primitives et 5 secondaires à une colpotomie postérieure.

Les résultats opératoires sont les suivants :

L'une des malades (observation IX), femme de 37 ans, cachectique, atteinte d'une vieille hématocèle, d'une grossesse extra-utérine infectée et d'une annexite double suppurée et que M. Tuffier avait pendant longtemps hésité à opérer, est morte d'une péritonite septique que l'on a vérifiée à l'autopsie. M. Barbarin, interne du service, a injecté et disséqué les artères utérines : l'hémostase et la cicatrisation vasculaire étaient parfaites.

L'autre malade (observation XVIII) est morte de congestion pulmonaire double pendant une épidémie de grippe qui régnait à la Pitié. La cavité vaginale était parfaitement étanche.

Ces deux décès ne sont donc pas imputables à l'angiotripsie.

La dernière opération sur un prolapsus utérin a été très démonstrative ; car on sait que, de toutes les hystérectomies, celles pour prolapsus sont de beaucoup celles qui saignent le plus.

Pour toutes, les suites opératoires ont été excellentes.

L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligature, telle que la pratique M. Tuffier, semble être le procédé de choix et ce mode opératoire est le plus grand perfectionnement qui ait été apporté à l'opération de Péan.

R. Blondel.

Hystérectomie abdominale, par Angelesco (*Thèse de Paris*, 1898). — L'auteur rapporte 40 observations, d'hystérectomie abdominale totale. qu'il considère comme l'opération de choix pour le traitement des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus. Elle est supérieure aux hystérectomies partielles, car, en enlevant complètement l'utérus, les accidents si nombreux du pédicule ne sont plus à craindre. La supériorité de l'hystérectomie abdominale est aussi incontestable sur l'hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale, les manœuvres vaginales exposant à l'infection du péritoine. Toutes les statistiques sont en faveur de l'hystérectomie abdominale totale. Elle est plus bénigne que les autres méthodes que nous venons de signaler. Sa technique se perfectionnant et l'asepsie devenant plus parfaite, la mortalité diminue de plus en plus. L'auteur ajoute qu'il faut choisir comme procédés d'hystérectomie abdominale totale ceux dont les manœuvres sont purement abdominales, la moindre manœuvre vaginale pouvant compromettre le succès de l'opération. Il faut donc écarter les procédés qui consistent à commencer par la désinsertion du col par le vagin avant de passer à l'abdomen ; de même ceux dans lesquels on met des pinces sur les ligaments larges, par le vagin. Parmi les procédés abdominaux, ceux dans lesquels la cavité utérine n'est pas ouverte doivent être préférés. Les procédés qui semblent les meilleurs sont ceux de Delagenière, Doyen, Kelly-Segond, Ricard et ceux qui en dérivent. Il faut instituer le drainage vaginal lorsqu'il y a une grande surface dénudée et que l'on craint la rétention des liquides septiques dans la cavité pelvienne.

R. Blondel.

De l'hystérotomie sphinctérienne ou opération de Defontaine, par R. Belin *(Journal de Méd. de Paris, sept. 98)*.— Cette opération qui consiste dans l'ouverture de la face antérieure de l'utérus ljusqu'au delà de l'orifice interne, après le décollement de la vessie, — comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale,—a été proposée par Defontaine, du Creusot, en novembre 1897, pour le traitement des endométrites chroniques.

M. Belin critique le terme d'*hystérotomie*, qui semble annoncer une résection plus importante, et celui de *sphinctérienne*, qui préjuge de l'existence d'un sphincter véritable au niveau de l'orifice interne, où sa présence, admise par quelques-uns, est niée encore par la majorité des anatomistes. Il lui préfère celui de *débridement cervical temporaire* ou opération de Defontaine. L'incision de la paroi antérieure de l'utérus permet d'assurer, mieux qu'aucun autre procédé de drainage, l'écoulement des liquides septiques stagnant dans la cavité utérine, derrière l'orifice interne. M. Belin, qui l'a pratiquée dans cinq cas, la considère comme l'opération de choix

dans les sténoses du col, cicatricielles ou non: elle convient, en outre, à toutes les métrites chroniques, surtout celles accompagnées de dysménorrhée; enfin aux métrites gonococciques, pour prévenir l'infection précoce des trompes. Il convient de remarquer que ces cinq observations, dont une avec résultat incertain, ont comporté, outre l'opération de Defontaine, le curage utérin ou le tamponnement antiseptique renouvelé de la cavité, les injections intra-utérines, en un mot, tout un ensemble de moyens thérapeutiques dont la part dans la guérison n'est peut-être pas négligeable. L'opération est d'exécution facile : une seule fois, une petite hémorragie se produisit après l'incision semi-circulaire du col, ce qui décida M. Belin à adopter, pour ce temps de l'opération, l'emploi du thermo-cautère. L'auteur termine en faisant quelques restrictions légitimes, quant à l'avenir réservé aux utérus ainsi sectionnés au point de vue obstétrical, puisqu'il songe même à utiliser cette propriété chez les malades à qui la grossesse doit être interdite. Il ajoute, d'ailleurs, que le col est facile à reconstituer ultérieurement, si on le désire, grâce à un simple avivement et à quelques points de suture.

R. Blondel.

Ablation par voie vaginale de l'utérus présentant des fibromes *(66e Réunion annuelle de l'Association médicale britannique, Edimbourg,* 26-29 juillet 1898). — Smyly a fait la première myectomie par voie vaginale, dans le Royaume-Uni, à Dublin, en avril 1894. Il a présenté à la réunion un rapport détaillé sur cette opération, et considère que le procédé de Doyen est préférable à tous les autres, car il est radical, expose très peu au shock et permet une convalescence beaucoup plus rapide que celle qui suit les opérations par voie abdominale : la mortalité est minime, et on se met à l'abri d'une cicatrice abdominale, cause possible d'éventration.

L'orateur, dans les 17 cas où il est intervenu, a suivi point par point le procédé de Doyen : dans quelques cas, il a essayé les ligatures au lieu de clamps, mais a bientôt abandonné cette manière de faire. Les 17 cas ont donné un seul décès, dû à la septicémie (myome nécrosé n'ayant pas donné lieu à des symptômes spéciaux). En présence des résultats obtenus par cette méthode, il ne faut pas hésiter à l'adopter, bien que les difficultés d'application soient parfois considérables.

A la suite de cette communication, le Dr Landau, de Berlin, a félicité l'orateur de s'être décidé pour la voie vaginale, et a fait ressortir qu'on ne gagnait rien à trop temporiser, en présence de troubles dus à la présence de myomes : en effet, ces tumeurs peuvent à la longue subir la dégénérescence sarcomateuse, ou se nécroser et provoquer des accidents septicémiques ; il n'est enfin pas exact de prétendre que l'accroissement des myomes cesse avec la ménopause, et il est préférable aussi d'opérer lorsque la femme n'est pas encore épuisée par des métrorrhagies répétées.

E. Vogt.

Traitement opératoire des déplacements de l'utérus (200 cas) *(66e Réunion de l'Association médicale britannique,* 26-29 juillet 1898). — Lapthorn Smith de Montréal, donne les règles suivantes :

1° Ce n'est que lorsqu'un traitement hygiénique, médical ou mécanique, a échoué au bout de quelques mois, que l'on doit s'adresser à l'intervention chirurgicale. 2° Après avoir au préalable procédé à une colporrhaphie antérieure ou postérieure, si l'on a la certitude que les annexes sont saines et qu'il n'existe pas d'adhérences, on fera un Alexander. Les 89 cas ainsi opérés par l'auteur ne présentèrent consécutivement aucune hernie : les malades ont été revues en général longtemps après l'intervention. Si la mobilité de l'utérus semble compromise d'une façon quelconque, on fera la ventrofixation : on scarifiera la surface antérieure de l'utérus, ainsi que le péritoine pariétal correspondant : on placera deux points de suture à la soie. L'auteur dispose de 111 cas avec un décès (pyosalpinx perforé dans le rectum) : il y eut aussi une hernie et une récidive. Dans 7 cas, il fallut procéder à l'extraction des fils de soie au bout de quelques temps.

Sur 2.500 cas de ventrofixation et ventrosuspension réunis par la Société gynécologique américaine, il y eut 146 grossesses consécutivement à l'opération : 36 d'entre elles ne furent pas normales (2 décès). Les accidents ressortissent tous à des cas où l'utérus avait été fixé, aussi la plupart des membres de la Société ont-ils abandonné la fixation, et se bornent-ils à suspendre l'utérus en fixant chaque ligament rond de chaque côté de l'incision abdominale.

E. Vogt.

Obstétrique.

Dr Demelin

Accoucheur des hôpitaux.

De l'ichthyol dans le prurit vulvaire des femmes enceintes, par H. Doizy *(Echo médical de Lyon,* 15 sept. 1898). — Observation d'une malade de 35 ans, à sa troisième grossesse, névropathe, hémorroïdaire et variqueuse, atteinte, à partir du deuxième mois, d'un prurit vulvaire

intolérable, avec érosions notables des grandes lèvres par grattage. L'interdiction de la machine à coudre (la malade était couturière), les bains, les injections, les lotions à l'eau chloralée, à l'eau phéniquée, au sublimé faible, à l'eau mentholée, la pommade à l'oxyde de zinc, etc., rien n'y fit. L'auteur ayant trouvé sa malade en pleine crise hystérique, et redoutant l'avortement qui a été observé dans le prurit excessif, ordonna une pommade à l'ichtyol, plutôt dans l'intention d'agir par suggestion.

A sa grande surprise, la guérison fut rapide et complète. (Pommade à 15 0/0 ou solution aqueuse à 10 0/0).

R. Blondel.

Méthode rapide de dilatation en cas de rigidité du col au cours de l'accouchement (*66e Réunion de l'Association médicale britannique*, 26-29 juillet 1898). — Farrar s'étant trouvé en présence d'un col rigide ayant résisté à toutes les manœuvres usuelles, se décida à faire une incision du col et commença par l'application d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 0/0. Au bout de 4 minutes, ayant examiné le col à nouveau, il fut fort étonné de voir que la rigidité avait entièrement disparu : l'incision n'avait plus de raison d'être.

Depuis cette première constatation, l'orateur a eu l'occasion d'observer 4 nouveaux cas, dans lesquels l'application de cocaïne produisit dans le même espace de temps une modification complète de l'état du col.

Ker donne la préférence aux douches d'eau très chaude : l'action est moins rapide (moins d'une heure), mais tout aussi efficace.

E. Vogt.

Ligature du cordon (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 38, 1898). — Nous avons analys (p. 677) l'article de Sehrwald, auquel Wallerstein fait quelques objections. Les faits destinés à appuyer l'argumentation de Sehrwald semblent peu probants à son contradicteur, mais ce dernier insiste surtout sur le danger que fait courir au nouveau-né en état d'asphyxie la ligature tardive du cordon. On se prive ainsi de l'emploi de toute une série de manœuvres destinées à faire respirer le nouveau-né, car il n'est pas facile de soumettre à des manœuvres efficaces un nouveau-né couché entre les jambes de la mère et retenu par le cordon. En outre, point capital, c'est l'air, et non un sang chargé d'acide carbonique, qu'il faut faire pénétrer dans l'appareil respiratoire : l'indication unique consiste donc à se débarrasser des amas de mucosités qui encombrent les voies aériennes.

E. Vogt.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN

Ex-Interne des hôpitaux.

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine

Nouvelle préparation alimentaire pour nourrissons atteints de troubles gastro-intestinaux (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 39, 1898). — Keller, assistant de la clinique pédiatrique de Breslau, propose d'administrer systématiquement aux nourrissons dyspeptiques la préparation suivante : On mélange intimement 50 gr. de farine de froment à 1/3 de litre de lait de vache, puis on fait passer à travers un tamis. Dans un second récipient, on fait dissoudre, à la température de 50°, dans 2/3 de litre d'eau, 100 gr. d'extrait de malt, et on ajoute à la solution 10 cc. d'une solution de carbonate de potasse à 11 0/0. Ceci fait, on mélange intimement les deux liquides et on soumet à l'ébullition. Pour les enfants âgés de moins de 3 mois, a solution sera légèrement diluée. Sur 28 cas de gastro-entérites très graves, il n'y eut que 5 morts : tous les autres petits malades présentèrent, à partir du jour où cette alimentation fut instituée, des augmentations quotidiennes de poids variant entre 15 et 43 gr. On n'observa jamais, à la suite de ce traitement, de cas de rachitisme marqué.

E. Vogt.

Traitement simple de la hernie ombilicale chez l'enfant : procédé nouveau de réduction des hernies étranglées (*Therap. Monatshefte*, septembre 1898). — Schlieb recommande, pour éviter le développement ultérieur des hernies ombilicales, le traitement suivant du cordon : badigeonnages au nitrate d'argent à 2-5 0/0, pas de pansement. Si le cordon n'est pas tombé le 3e jour, l'auteur l'enlève aux ciseaux, en en laissant subsister un petit morceau ; il recouvre ensuite la région d'une couche d'ouate imbibée de collodion salicylé. Au bout de quelques jours, on enlève le pansement, auquel le morceau de cordon reste attaché, on cautérise l'ombilic avec le crayon de nitrate et on fait un nouveau pansement collodionné. On évite de cette façon la formation ultérieure d'une hernie ombilicale.

Le même pansement servira pour lutter contre la hernie confirmée : on obtiendra rapidement la guérison avec cette méthode.

En cas de hernie étranglée chez l'adulte, l'auteur a recours à la même méthode : après avoir rasé la région, il la recouvre d'une couche d'ouate imbibée de 50 gr. environ de collodion ; ur cette couche, il exerce quelques pressions

avec la main, puis applique une dernière couche de collodion. Cette manœuvre, exempte de danger, serait bien préférable au taxis ; si le résultat espéré n'est pas obtenu, l'opération reste comme dernière ressource, et on opérera alors dans les meilleures conditions possibles ; le traumatisme est, en effet, pour ainsi dire nul, car la pression exercée par le collodion est lente et régulière.

E. Vogt.

Sténose du pylore chez le nourrisson : son traitement chirurgical *(Deutsche med. Wochenschrift*, n° 38, 1898). — Stern rappelle que les cas de sténose congénitale du pylore sont extrêmement rares, mais on en observe toutefois de temps en temps (25 cas sont consignés dans la statistique de Monti) ; l'observation de Stern offre un intérêt spécial à cause de l'intervention chirurgicale à laquelle le cas a donné lieu.

Il s'agit d'un enfant de cinq semaines qui présentait une constipation opiniâtre, et qui fut au début facilement nourri au sein. Au bout de la troisième semaine, l'enfant commença à vomir, d'abord un certain temps après les tétées, plus tard aussitôt après. La diminution de poids atteignit en peu de temps 900 grammes (de 3,000 à 2,100) : tous les essais d'alimentation échouèrent ; les lavements ne ramenaient que de temps en temps de petites masses glaireuses d'un noir verdâtre. Jamais de bile dans les matières vomies. On se décida à user des lavements nutritifs, qui ne furent gardés que dans le cours des deux premiers jours.

Le 3e jour, on procède à la laparotomie : on trouve dans la région pylorique une tumeur annulaire dure fermant complètement la lumière du pylore. On pratique une gastro-entérostomie, mais l'enfant meurt dans le collapsus le lendemain.

Au microscope on reconnaît que la tumeur était due à une hypertrophie considérable de la tunique musculaire, sans éléments anormaux.

Stern admet qu'en dehors des cas extrêmes de ce genre, il en existe sans doute de nombreux où le passage du contenu stomacal est encore possible ; dans ces cas, se développent des troubles dyspeptiques variés.

Le diagnostic de ces sténoses, lorsqu'elles sont absolues, se base sur l'absence complète de selles et les vomissements incoërcibles. On ne trouve pas dans ces cas de signe d'ectasie gastrique et la bile fait entièrement défaut dans les matières vomies.

La nature du retrécissement peut varier : en dehors de l'hypertrophie de la tunique musculaire, on peut trouver une bride péritonéale, un repli de la muqueuse, etc.

Malgré l'insuccès dans le cas particulier, Stern recommande de ne pas hésiter à suivre son exemple, en modifiant la fin de l'opération suivant les résultats donnés par la laparotomie, qui permet de voir nettement à quel genre de rétrécissement on a affaire. La laparotomie, pratiquée sur des enfants du premier âge pour des affections diverses, a donné jusqu'ici 78.13 0/0 de succès.

Il est probable que dans beaucoup de cas le diagnostic n'est pas fait, aussi l'auteur pense-t-il nécessaire d'attirer l'attention sur cette affection spéciale et son diagnostic : ce dernier n'offre pas de grandes difficultés, et s'il est fait avant que l'enfant ne soit arrivé au dernier degré de la cachexie, on peut espérer que l'intervention chirurgicale sauvera le petit malade.

E. Vogt.

Du vésicatoire chez les enfants (*Le Nord médical*, n° 90, 1893). — Vasseur constate que le maniement du vésicatoire est très difficile et délicat : il doit être considéré comme un poison violent pour l'enfant, et défendu absolument au-dessous de 10 ans. La peau de l'enfant est trop délicate, et il est impossible de déterminer la durée de l'application : le but, souvent trop vite atteint, est trop vite dépassé. En outre, le vésicatoire, très douloureux chez l'enfant, détermine de l'insomnie, de l'agitation, des convulsions, et le traitement consécutif du patient indocile, qui touche et salit les pansements, est fort compliqué ; la porte d'entrée pour les infections reste plus longtemps et mieux ouverte que chez l'adulte. Enfin, on ne peut plus suivre la marche de la maladie : l'enfant qui résiste, même quand on veut pratiquer une simple auscultation, se débattra bien davantage encore s'il est porteur d'une plaie douloureuse dans le dos.

Toutes ces raisons ont fait adopter à l'auteur la règle ci-dessus énoncée.

E. Vogt.

De la saignée et des sangsues en pathologie infantile, par Ludwig Freyberger (In *the Treatment*, juillet 1898). — L'auteur rappelle trois cas, que vient de publier le Pr Baginsky, de Berlin, dans lesquels la section veineuse et même artérielle a pu sauver des enfants qui semblaient voués à la mort. Obs. I. Dans la première, une fillette de 7 ans 1/2, atteinte de pneumonie, fut saignée (20 cent. cubes) au moment où elle présentait une cyanose extrême et de l'arythmie cardiaque avec orthopnée. Il sortit un sang noir très épais et le soulagement fut presque immédiat ; les symptômes s'étant aggravés de nouveau, on lui mit une sangsue derrière l'apophyse mastoïde gauche. Nouvelle et définitive amélioration : la digitale et le calomel achevèrent de la remettre. Aucune autre médication,

inhalation d'oxygène, injection de camphre, teinture de strophantus, n'avait pu la soulager au moment critique. Obs. II. Enfant de 9 ans, traité pour pneumonie fibreuse chronique, avec bronchectasie. A la suite d'un accès de dyspnée des plus violents, la mort étant imminente, une saignée fut faite à la veine médiane droite. La cyanose disparut presque aussitôt. Obs. III. Fille de 7 ans, atteinte de *pneumonie*, admise dans le collapsus ; plus de pouls, bruits du cœur couverts par des souffles. Les injections de camphre et les bains de moutarde échouèrent. La section veineuse n'amena aucun écoulement de sang. L'enfant était mourante, l'artère radiale gauche fut ouverte et 80 cent. cubes de sang noir extraits de ce vaisseau. La cyanose disparut, le pouls du côté droit devint sensible, la dyspnée diminua et l'enfant se mit à parler. La guérison se fit progressivement. L'explication de ces bons effets se trouve dans la décharge mécanique que subit le cœur engorgé. Qu'il s'agisse du ventricule droit (section veineuse) ou du gauche (section artérielle), il se produit là un effet comparable à celui qu'amène la trachéotomie ou l'intubation. C'est pourquoi il ne faut pas attendre de cette méthode autre chose qu'un soulagement temporaire, convenant aux cas où l'intoxication est par trop intense. L'application de sangsues est aussi un bon adjuvant dans l'éclampsie simple ou urémique, pourvu que l'enfant soit robuste. L'auteur appelle l'attention des praticiens sur l'emploi des émissions sanguines chez les enfants dans les cas désespérés, en leur proposant de publier le résultat de leur expérience à ce sujet. La saignée s'adresse exclusivement au cas où il y a engorgement du cœur, avec paralysie imminente de cet organe, dans la bronchite capillaire, la pneumonie, la bronchectasie et la sclérose des poumons avec complications cardiaques, l'éclampsie.

Aug. Benoit.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Valeur thérapeutique de l'euquinine (*Medicinskoié Obosrenié*, n° 7, 1898.) — Gonieff a recueilli un grand nombre d'observations (100) sur l'action de l'euquinine dans différentes maladies (grippe, malaria, etc.) dans lesquelles il avait l'habitude de prescrire la quinine.

Ces observations l'ont amené à la conclusion que l'euquinine agit très bien dans les cas où la quinine est indiquée.

Mais l'euquinine a cet avantage sur la quinine, que les malades la prennent plus volontiers, grâce à ce qu'elle n'a pas le goût amer de la quinine. Son action thérapeutique dans la fièvre palustre est aussi efficace que celle de la quinine.

Gonieff a surtout employé l'euquinine chez les enfants. Pour que ce médicament fasse tout l'effet nécessaire, il faut l'administrer à des doses relativement plus élevées que celles de quinine, car à doses égales l'euquinine agit sur l'organisme avec moins d'énergie que la quinine. D'une façon générale, la dose d'euquinine doit être un peu moins grande que la double dose de quinine.

Dans un certain nombre de cas, on observait, à la suite de l'administration de l'euquinine, les mêmes phénomènes qu'après l'administration de la quinine, à savoir : bourdonnements d'oreilles, prurit, vertige peu prononcé (si la dose était par trop forte). L'euquinine a exercé une action particulièrement favorable dans les affections grippales. Après trois ou quatre jours de traitement, les phénomènes grippaux disparaissaient complètement et les malades se rétablissaient assez rapidement. La fièvre, les douleurs musculaires et tous les autres phénomènes morbides cédaient aussi rapidement à l'euquinine qu'à la quinine.

B. Taft.

De l'emploi thérapeutique du chlorhydrate de cotarnine (*Wratsch*, n° 23, 1898). — Nedorodoff a employé le chlorhydrate de cotarnine ou stypticine de Freund chez 26 malades à titre d'hémostatique.

Ces 26 cas se décomposent ainsi :

2 cas d'hémoptysie,

2 cas d'hémorragie dans la deuxième moitié de la grossesse.

22 cas d'hémorragie pour affections internes.

Le résultat obtenu a été satisfaisant dans tous les cas, excepté chez les femmes enceintes.

Nedorodoff administre la cotarnine à la dose de 0 gr. 05 à la fois, sous forme de perles ou de capsules gélatineuses. La dose quotidienne atteint de 0 gr. 20 à 0 gr. 40. En injections sous-cutanées, il emploie la cotarnine en solution à 5 0/0 à la dose journalière de 0 gr. 10 à 0 gr. 15. Les injections ne déterminent pas de douleur : on n'a pas eu non plus à constater d'accidents. En se basant sur ces 26 observations, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Le chlorhydrate de cotarnine est un hémostatique efficace est sûr dans différentes affections.

2° Le chlorhydrate de cotarnine possède, en outre de son action hémostati que, une actin

sédative et en partie soporifique, de sorte quil dispense de l'emploi des anesthésiques et des soporifiques.

3° L'action hémostatique du chlorhydrate de cotarnine ne résulte pas de la contraction du muscle utérin ; en effet, après l'arrêt de l'hémorragie, on était obligé de recourir à l'électricité pour provoquer des contractions utérines.

4° Possédant une action hémostatique intense, le chlorhydrate de cotarnine n'agit pas sur la maladie fondamentale, ce qui revient à dire que cette maladie exige un traitement spécial (l'auteur suppose que le chlorhydrate de cotarnine agit par l'intermédiaire du système nerveux central).

6° Administré à des doses peu élevées, le chlorhydrate de cotarnine est une substance inoffensive.

B. Taft

Les cures de raisin, par Deguy *(Journal des Praticiens*, n° 34, p. 537, 1898). — Les cures de raisin sont recommandées depuis longtemps.

D'après Henry et Chevalier le raisin contient :

Matières albuminoïdes	1.7
Sucre.....	12 à 20
Substances minérales	3
Eau.....	75 à 83

Un kilo de raisin ne renferme que 6 gr. d'albumine environ, mais contient, par contre, 150 gr. de sucre.

Les raisins ont une action diurétique réelle, et dans la plupart des cas légèrement purgative.

D'après Dujardin-Beaumetz, le raisin est très utile dans le traitement des dyspepsies atoniques et particulièrement dans celles qui s'accompagnent de constipation, comme chez les goutteux.

Pour Pringle, la cure de raisin est indiquée dans la diarrhée chronique qui survit à la dysentérie paludéenne. Zimmermann vante également les cures de raisin dans les diarrhées chroniques; Munk et Ewald la considèrent comme efficace dans la cystite chronique.

Elle est indiquée chez les individus habituellement constipés, atteints de pléthore abdominale, d'hypérémie du foie; enfin, d'après Curchod, elle possède une influence heureuse sur la scrofulose ?

Dans les cardiopathies, la cure de raisin peut rendre de réels services. Sous l'influence de la cure, la circulation devient plus active, le pouls plus plein, plus ample; les urines sont abondantes, les selles régulières, parfois diarrhéiques, l'état général meilleur.

La cure peut se faire partout, mais est surtout pratiquée en Suisse (Montreux, Vevey), dans le Tyrol; en France, à Chelle-les-Bains.

On conseille généralement aux malades de manger de 1 kilo 1/2 à 4 kilos par jour, en rejetant les pépins et les pellicules. Les raisins du matin sont plus purgatifs et plus diurétiques. La durée moyenne d'une cure est de 4 semaines.

Il est très important, pendant la cure, de régler sévèrement le régime.

G. Lyon.

Indication et contre-indication des eaux d'Evian *(La Médecine moderne*, 6 juillet 1898). — Chiais fait remarquer qu'il n'existe pas d'eau minérale dont on puisse mieux saisir l'action thérapeutique. La suractivité de la fonction rénale obtenue sous l'influence de l'eau d'Evian est remarquable; il en est de même de la rapidité d'absorption et de diffusion dans l'organisme; pendant la cure, les albuminoïdes arrivent à un degré de réduction plus avancé que dans les conditions normales de la nutrition, les chlorures sont éliminés en plus grande quantités, et la réduction de l'oxyhémoglobine se fait, pendant le passage de l'eau, trois fois plus vite que dans l'état physiologique.

L'eau d'Evian est en conséquence indiquée dans toutes les maladies où le lavage des voies urinaires est indiqué (cystites chroniques, affections calculeuses des organes urinaires) ; grâce à l'action de réduction exercée par l'eau sur l'acide urique et les corps voisins, on trouvera en outre des indications à ces eaux dans les affections suivantes : goutte, gravelle, diabète, obésité, asthme, dyspepsie, etc. Le surmenage, les chloroses rebelles aux ferrugineux n'ont pas de meilleur correctif que le traitement d'Evian.

En revanche, toutes les fois qu'il y a suractivité de la réduction des albuminoïdes, augmentation accentuée de l'urée urinaire, les eaux d'Evian sont contre-indiquées. Quand les reins sont malades, il faut agir avec prudence : les grandes quantités d'eau sont nuisibles : des quantités faibles longtemps continuées rendent, au contraire, alors, de très grands services.

L'observation clinique enseigne que ces eaux agissent en outre en régularisant la tension circulatoire. Si elles sont rapidement absorbées et éliminées, elles relèvent la tension affaiblie, et abaissent la tension élevée, d'où leur utilité dans les engorgements viscéraux (hépatiques, utéro-ovariens, etc.).

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

DYSPEPSIE ET INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES INFANTILES

(Suite et fin)

III. — Infections gastro-intestinales aiguës

1° *Diète hydrique.*

La suppression du lait est facilement supportée par l'enfant pendant un temps assez long, jusqu'à 48 heures, si le lait est remplacé par une quantité d'eau équivalente.

La diète hydrique arrête le développement des putréfactions gastro-intestinales, provoque la diurèse et, par suite, favorise l'élimination des toxines, remédie à la déshydratation des tissus causée par les vomissements et les évacuations alvines.

Si les vomissements sont très fréquents, on donnera une cuillerée à café de liquide tous les quarts d'heure, sinon 50 gr. à la fois, dans le biberon, toutes les demi-heures.

On donnera soit de l'eau bouillie, d'abord sans sucre, puis légèrement sucrée (5 0/0 de lactose) ou de l'eau d'Alet ou d'Evian, ou bien encore, en cas de prostration intense, de l'eau additionnée, par verre, d'une cuillerée à café de cognac.

L'eau albumineuse, qui fermente facilement, est à rejeter.

Reprendre avec prudence l'alimentation par le lait dès que les vomissements et la diarrhée sont arrêtés ; au début de la reprise, ne donner que 40 gr. de lait stérilisé, additionné de 40 gr. d'eau lactosée à 10 0/0 toutes les quatre heures (Marfan) et continuer l'eau bouillie dans l'intervalle, ou bien, si l'enfant est élevé au sein, le faire téter quatre à cinq minutes toutes les quatre heures également.

Augmenter peu à peu les doses de lait et diminuer les intervalles des tétées, en se réglant sur l'état de l'enfant.

2° *Injections sous-cutanées de sérum artificiel.*

Injecter la solution physiologique de sérum à 7 grammes de chlorure de sodium pour 1,000, ou bien le sérum artificiel d'Hayem :

Sulfate de soude.....	10 grammes
Chlorure de sodium..	5 —
Eau distillée stérilisée	1000 —

Ou bien encore le sérum artificiel caféine de Marfan :

Eau (non distillée) stérilisée....	300 gr.
Chlorure de sodium.....	2 gr. 10
Citrate ou benzoate de caféine.	0 gr. 75

Le sérum de Chéron, qui contient de l'acide phénique, ne peut être utilisé.

Dose pour une injection : 5 à 20 cc., suivant l'âge ; répéter les injections 3 fois par jour et même davantage dans les cas très graves.

Une injection de 20 cc. chez un nourrisson du poids de 6 à 7 kilos correspond à une injection de 200 cc. chez l'adulte (Guérin.)

Les injections se font sous la peau du ventre, ou profondément dans les masses musculaires de la fesse ou dans celles de la région sacro-lombaire.

Les injections de sérum ont détrôné les injections de *caféine*, d'*huile camphrée* ; celles-ci, cependant, pourront être employées, en cas d'urgence, et si l'on n'a pas de sérum à sa disposition immédiate, injecter un quart de seringue ou une demi-seringue de :

Caféine.....	1 gr.
Benzoate de soude.....	2 gr.
Eau stérilisée.....	qs. pour 10 cc.

Ou une demi-seringue d'huile camphrée au 10e.

3° *Balnéation.*

Dans le cas d'hyperthermie (40°), donner un bain à 27°, de 5 minutes de durée, répété trois fois dans les 24 heures, et appliquer des compresses froides sur le ventre dans l'intervalle.

Dans le cas d'algidité, employer, au contraire, le bain chaud à 37° ou 38°. Au sortir du bain, frictionner l'enfant avec de l'alcool, envelopper les jambes dans l'ouate et placer des boules d'eau chaude dans le berceau.

Quand les phénomènes graves sont conjurés, si la diarrhée persiste, on peut prescrire la potion à l'*acide lactique* et faire quelques *lavages intestinaux* (avec une sonde en caoutchouc, du calibre n° 25 de la filière Charrière, introduite de 15 à 20 c. dans l'intestin, le bock étant élevé seulement de 10 à 20 c. ; se servir d'eau bouillie ou d'eau additionnée de 7 gr. 0/00 de sel).

N'employer qu'ensuite le *sous-nitrate de bismuth*, *l'élixir parégarique*.

Alimenter l'enfant avec du lait coupé d'eau de Vichy, du képhir n° 2, du bouillon de poulet de grain, de l'eau de riz.

Si la fièvre et la diarrhée reparaissent, reprendre la diète hydrique et administrer le *calomel* à doses réfractées :

Calomel.....	0 gr. 01
Sucre.....	0 gr. 50

Divisez en 5 paquets; 1 paquet toutes les demi-heures; si la tendance à la diarrhée est faible, prescrire suivant la formule de Liebreich :

Racine de colombo.....	1 gr.

A faire infuser dans

Eau.....	75 gr.

Passez et ajoutez :

Sous-nitrate de Bismuth.	3 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	15 gr.

Une cuillerée à café avant chaque tétée quand on reprend l'alimentation par le lait.

Chez les enfants sevrés, le lait peut ne pas être digéré; le remplacer par la décoction de riz, les bouillies légères et la *viande crue* de mouton, donnée d'abord à la dose de 10 à 15 gr., trois fois par jour, incorporée à de la gelée de framboises ou de la conserve de roses ou saupoudrée de sucre. Augmenter ensuite de quelques grammes à chaque nouveau repas.

Combattre à cet âge la diarrhée chronique consécutive à une infection aiguë par le *benzo-naphtol*, 0 gr. 50 à 1 gramme associé à la *craie préparée*; par le *tannigène* 0 gr. 50 à 1 gramme par paquets de 0 gr. 20 que l'on fait prendre dans une cuillerée de lait ou d'eau sucrée.

Dans les ENTÉRITES FOLLICULAIRES ET MUQUEUSES, les symptômes locaux prédominent sur les phénomènes généraux; mais le principe du traitement est le même que dans les formes précédentes de gastro-entérites :

Diète hydrique absolue d'abord, puis mitigée (thé sucré, grogs, limonade lactique); ensuite, chez les enfants sevrés, alimentation avec le lait, des potages au lait, des bouillies légères.

Lavages intestinaux avec l'eau salée ou la décoction de racines de guimauve boratée (2 à 3 gr. de borax pour 1,000).

Donner en outre le *calomel* (0 gr. 10, 0 gr. 20); ou *l'huile de ricin* (une cuillerée à café), la *magnésie* (1 ou 2 c. à café), le *sulfate de soude* (5 à 10 grammes), calmer les douleurs par les *compresses humides chaudes* appliquées sur l'abdomen, par les *bains tièdes* à 36°.

S'abstenir de prescrire le benzo-naphtol, le bétol, le salol (les lésions de l'intestin étant plus marquées que les phénomènes d'intoxication).

Surveiller le régime pendant longtemps (viande pulpée, œufs peu cuits, volaille hachée, cervelle, merlan, sole, crèmes).

Administrer fréquemment l'huile de ricin, la constipation succédant habituellement à la diarrhée.

Aux enfants âgés d'au moins trois ans, faire suivre un traitement à *Plombières*.

IV. INFECTIONS CHRONIQUES. DIARRHÉES CHRONIQUES.

Chez l'enfant au sein présentant une diarrhée verte persistante avec grumeaux, se borner, à *régler les tétées*,

De temps en temps faire prendre une **goutte** *d'acide chlorhydrique* après chaque tétée ou bien *l'eau de chaux*, *l'eau de Vichy* avant la tétée (une cuillerée à café), ou bien encore le *tannigène* (0 gr. 20, 0 gr. 60), l'antipyrine (0 gr. 15, 0 gr. 20; de Saint-Philippe) :

Antipyrine.....	0 gr. 50
Sirop simple..... } Eau distillée de tilleul.... }	ää 50 gr.

Une cuillerée à café avant chaque tétée.

Lavages fréquents de l'intestin.

Même traitement chez l'enfant élevé au biberon.

Chez les enfants sevrés, revenir à l'alimentation lactée exclusive (lait stérilisé); puis autoriser les bouillies, l'œuf délayé dans le lait, la viande crue.

Purgatif salin (*citrate de magnésie* tous les huit jours); dans l'intervalle, *benzo-naphtol*.

Traitement général par les *bains salés*, les *frictions excitantes*.

V. ATHREPSIE.

Réglementation rigoureuse de l'alimentation par le lait.

Au début lavages stomacaux et intestinaux; être réservé sur l'emploi des purgatifs (calomel, huile de ricin).

Combattre la diarrhée chronique par la limonade lactique, le sous-nitrate de bismuth.

Relever les forces par les frictions alcooliques, les *bains sinapisés* (50 grammes de farine de moutarde par bain) et surtout par les injections de sérum à petites doses; on injectera deux fois par jour 5 à 10 cc. de la solution saline suivante :

Chlorure de sodium..... } Phosphate de soude..... } Sulfate de soude..... }	ää 1 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

Ne pas continuer trop longtemps les injections (elles abaissent le chiffre de l'hémoglobine, déterminent de la bouffissure des paupières et de l'œdème des extrémités, la polyadénite.)

L'aération continue est un précieux moyen de traitement.

G. LYON

VARIÉTÉS & NOUVELLES

L'incident Variot. — Tous les journaux politiques ont fait connaître l'incident soulevé à l'hôpital Trousseau par le Dr Variot à propos de deux personnes, venues à sa consultation, mises avec élégance, ayant déclaré, d'ailleurs, qu'elles n'étaient nullement indigentes, et à qui il refusa de donner sa consultation, si elles ne remettaient tout d'abord vingt francs à l'interne de service, ainsi qu'il a pris l'habitude de le demander en pareille circonstance, cet argent étant destiné à acheter des jouets et des friandises pour les enfants pauvres de l'hôpital. Les deux dames refusèrent et déposèrent une plainte contre M. Variot, au directeur de l'Assistance publique, qui ouvrit un enquête, M. Variot répondit par une lettre fort digne, reproduite par toute la presse, et dans laquelle il rapportait simplement les faits, tout en maintenant son intention d'agir de même à l'avenir vis-à-vis des personnes aisées qui continueraient à venir à la consultation de l'hôpital, prendre une part indus du bien des pauvres et frustrer les médecins de la ville. M. Variot a été déféré au Conseil de surveillance de l'Assistance publique qui n'a point encore rendu sa décision.

L'incident a été commenté dans toute la presse politique, qui, en général, a feint de ne pas comprendre ce qu'il y avait de légitime dans la protestation de M. Variot, en s'attachant exclusivement à ce fait que le diagnostic de l'indigence réelle n'était guère possible à faire d'après les vêtements. Certains sont même allés jusqu'à déclarer que l'hôpital devait être ouvert à tous, riches ou pauvres, *le médecin pour tous*, suivant la formule adoptée, par exemple, par l'*Echo de Paris*. Quoi qu'il en soit, il faut espérer que, des polémiques qui vont s'engager à cette occasion, résultera la mise au grand jour des abus qui se commettent dans les hôpitaux, au préjudice du corps médical, à Paris, comme en Amérique et en Angleterre, d'ailleurs, et que la nécessité d'une réglementation deviendra évidente. A ce point de vue, l'initiative courageuse du Dr Variot mérite toute l'approbation du corps médical.

Mort du professeur Heydenreich. — Le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté de Nancy, vient de mourir victime du devoir professionnel, succombant à une affection contractée en pratiquant une opération chirurgicale.

Tentative de suicide du Dr Boileux. — On annonce que le Dr Boileux a essayé de se suicider dans sa prison de Corbeil, en s'ouvrant les veines avec le rebord aigu de l'anse de sa gamelle. Le malheureux, qui avait déjà, paraît-il, donné des signes d'aliénation mentale, au début de son emprisonnement, avait succombé à une crise de profond désespoir, en apprenant que la libération conditionnelle, accordée habituellement après accomplissement de la moitié de leur peine aux condamnés de droit commun ayant eu une bonne conduite en prison, ne lui serait pas accordée, comme il comptait. Son coaccusé de la Jarrige, plus heureux, subit sa peine, depuis un an, dans une maison de santé.

Dépenses pharmaceutiques de l'Espagne pendant la campagne de Cuba. — Un journal allemand, cité par le *Bulletin médical* prétend que ; depuis le commencement de l'insurrection cubaine, c'est-à-dire depuis le mois de février 1895 et jusqu'à la fin de janvier 1898, il a été envoyé d'Espagne à Cuba environ 20,000 kilos de diverses préparations de quinine, 400 kilos d'opium, 23.900 kilos d'acide phénique, 1,400 kilos de sublimé, 1,370 kilos d'iodoforme, 350 kilos de rhubarbe et 2 530 kilos d'huile de ricin. Il a été envoyé, en outre, 16,000 mètres de diachylon, 66,070 kilos d'ouate et plus de 54,500 mètres de gaze à pansements. Les envois pharmaceutiques représentent une valeur de près de trois millions et demi de pesetas.

Le personnel de santé comptait 500 à 600 médecins et environ 100 pharmaciens. En trois ans, il est mort 50 médecins et 16 pharmaciens, pour la plupart de la fièvre jaune.

Il y a de quoi faire rougir les organisateurs de notre expédition de Madagascar, où la quinine ne fut retrouvée qu'après la guerre, au fond d'un magasin. Il semble que la direction de notre service de santé eut pu faire, en face de difficultés de campagne que nous n'oserons pas mettre en parallèle, aussi bien que les Espagnols. Maintenant, l'article dit : on a *envoyé* : on ne dit pas : il est *arrivé*, et, dans un pays où les canons des cuirassés *s'oublient* dans

les poches des chefs de bureau, l'incertitude est permise.

Les vins médicamenteux. — F. C. Coley proteste, dans le *British medical Journal*, contre l'abus que fait actuellement le public anglais des vins toniques et reconstituants. Le médecin lui-même est trop souvent entraîné à recommander, sans esprit critique suffisant, des mélanges fortement alcoolisés de ce genre. Pour ne citer qu'un exemple, les vins contenant de l'extrait de viande mélangé à du Porto ne sont absolument pas nutritifs, et le goût spécial de l'extrait de viande permet de l'additionner, sans que le client puisse s'en apercevoir, de mélanges innommables qui n'ont aucun rapport, même éloigné, avec le vin de Porto, Il est difficile d'admettre que l'absorption habituelle de pareilles mixtures puisse être profitable à qui que soit... sauf au fabricant !

Certificats médicaux. — Une très intéressante question avait été portée devant les tribunaux par le Dr Stecevicz (de Manthelan), bientôt soutenu par le Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Le Dr Stecevicz, se basant sur la liste des certificats non soumis au timbre, se refusait à payer l'amende pour un certificat délivré sur papier libre dans le but de permettre la célébration du mariage civil au domicile du père de la fiancée.

Notre confrère avait d'autant plus de raison de croire à la bonté de sa cause qu'avant de refuser le payement à l'enregistrement, il s'était informé près de la *Semaine médicale* de la source où elle avait puisé ces renseignements. Et la réponse avait été : Les listes nous ont été données par le chef du bureau du service du Timbre à Paris.

M. le Dr Brouardel, consulté, avait bien voulu écrire au Dr Stecevicz que son droit paraissait absolu, tout en l'avertissant qu'il serait vraisemblablement condamné.

C'est en effet ce qui vient d'arriver ; notre confrère est condamné à payer l'amende et les frais du procès. L'enregistrement déclare que les renseignements donnés à la *Semaine médicale* n'engageaient que le fonctionnaire qui les avait fournis et le tribunal, suivant un usage constant, donne raison à l'administration.

L'avertissement mérite d'être entendu du corps médical ; il est impossible actuellement de savoir s'il y a des certificats non soumis au timbre.

D'un jour à l'autre, l'administration peut déclarer susceptible d'amende le certificat qu'elle tolérait jusque-là sur papier libre, et gare les poursuites !

Ne donner que des certificats sur papier timbré ou n'en pas donner du tout, telles sont les deux seules solutions que peut choisir le médecin.

Et il faut louer le Dr Stecevicz, et, après lui, le Syndicat médical d'Indre-et-Loire, d'avoir tenu à faire trancher par les tribunaux une question en suspens sur la tête de nos confrères Combien, en effet, se fiant aux renseignements d'allure officielle donnés par la *Semaine*, se seraient laissés prendre au piège de l'administration. C'est ce qu'a compris le Dr Stecevicz qui sûr de l'appui de son Syndicat, a tenu à mettre en garde ses confrères contre les procédés de l'enregistrement.

Ce procès perdu épargne bien des amendes, car désormais le médecin dûment avert ne certifiera que sur papier timbré, sans chercher à s'y reconnaître dans de fallacieuses catégories.

Quant à nous, il y a plusieurs années déjà que, dans le doute, nous avons adopté une solution qui ne nous expose pas au martyre et au risque d'imposer au malade une dépense inutile, ni à oser un risque de clientèle (le malade, sort pour aller acheter la feuille de papier timbré qu'on lui réclame, oublie de revenir et va chez un confrère moins exigeant, à moins que vous ne fassiez usage d'une feuille que vous avez chez vous, et qu'on néglige de vous rembourser).

Ce moyen consiste simplement à ajouter au bas de tout certificat fait sur papier libre :

« Le présent certificat délivré uniquement pour toute circonstance où il n'est pas exigé de certificat sur timbre.

Nme Imprimerie. E. Lasnier, Directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris. Le Propriétaire-Gérant R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le quinquina des marchands de vins, par le docteur P. Carles. — Nous lisons dans le *Répertoire de la Pharmacie*, les très judicieuses observations suivantes du professeur Carles, de Bordeaux, qui sont plus que jamais d'actualité à une époque où tous les journaux proclament les bienfaits de ces liqueurs *bienfaisantes*, recommandées par *tous les médecins*, présentées à l'Académie de médecine, sans que ni Académie, ni médecins aient le courage d'une protestation que leur rôle d'hygiénistes paraîtrait cependant leur imposer :

« Par suite d'une tolérance déplorable et de la confiance aveugle du public dans la publicité, le vin de quinquina est en train de passer de la pharmacie aux marchands de vins, limonadiers, buvettes et buffets. Or, il n'y a rien de commun entre le vin de quinquina industriel et le vin de quinquina officinal.

« L'un, l'industriel, l'apéritif des cafés et des comptoirs de zinc, est à fort degré alcoolique, ce qui n'est pas précisément fait pour réprimer l'abus de l'alcool ; il est peu amer et, le plus souvent, il ne renferme pas de quinquina, ce qui pourrait autoriser les consommateurs à poursuivre les fabricants pour tromperie sur la chose vendue. L'amertume est fournie par quelques grammes des amers vulgaires et à bon marché, tels que la gentiane, le quassia, la petite centaurée, etc..., et le quinquina manque si bien, qu'on n'y rencontre généralement pas d'autre tanin que celui du vin. Quant aux alcaloïdes (quinine, cinchonine, etc.), ils font absolument défaut. On nous accordera, je pense, qu'une écorce sans tanin, ni alcaloïde, n'a jamais été du quinquina.

« L'absence de tanin est facile à constater avec une solution d'albuminoïdes tels que la gélatine, l'albumine d'œuf. L'absence d'alcaloïde sera mise en évidence par le réactif de Tanret (iodure double de mercure et de potassium acidulé) ou le réactif d'Esbach (acide picrique acidulé).

« Pour confirmer ces dernières réactions de la recherche des alcaloïdes, on pourrait être tenté d'employer aussi le tanin de noix de galle, qui est un réactif des alcaloïdes ; mais ce serait ici une erreur, parce qu'il existe, dans la gentiane, une substance non alcaloïdique, albuminoïde, ou dérivée des sucres, qui précipite abondamment par les tanins.

« Les réactions négatives que nous venons d'indiquer sont, au contraire, ou doivent être nettement positives avec le vin de quinquina du Codex, et, en mettant en parallèle le vin officinal et le vin industriel, il est facile de constater la différence. Bien mieux, en agissant avec les mêmes réactifs sur plusieurs vins de quinquina officinaux, on pourra vérifier que les meilleurs, au point de vue thérapeutique, ne sont pas toujours les plus amers, mais ceux qui, en somme, précipitent le plus à la fois par la gélatine et les réactifs d'Esbach et de Tanret.

« Ces faits devraient être connus de tous les médecins, qui ont le devoir, lorsque l'état de santé de leurs malades réclame l'emploi du quinquina, de les avertir que le vin de quinquina dit industriel n'a rien de commun avec le vin de quinquina du Codex, et que, dans les diverses variétés de ce dernier, l'amertume n'est pas toujours en rapport direct avec les qualités thérapeutiques. »

La cure de nudité. — L'abbé Kneipp faisait marcher ses malades nu-pieds dans la rosée ; il y a une méthode thérapeutique plus singulière encore, qui a un certain succès en Allemagne, principalement pour le traitement de la neurasthénie ; elle consiste à exposer les sujets complètement nus à l'action des grands agents physiques, le soleil principalement.

Il existe des instituts où cette méthode est appliquée : il y en a un notamment au village de Veldes, en Autriche, non loin de la côte de l'Adriatique ; un chroniqueur du *Temps* a donné un exposé des principes généraux de la méthode.

En premier lieu, cela va de soi, le traitement se fait dans un établissement clos de murs, de façon que la morale ne soit point outragée. Cet établissement comporte essentiellement un terrain assez étendu, un jardin bien exposé. Ledit jardin est d'ailleurs divisé en deux, pour séparer les sexes, comme il convient.

La journée du malade est en général la suivante :

Il se lève tôt — il ou elle, — à cinq heures du matin, et, après les ablutions accoutumées, se dirige vers le jardin. Il est nu comme un ver, ou du moins n'a d'autres vêtements qu'une simple ceinture, ou un pagne, hommage succinct à la pudeur. Un chapeau, aussi pour éviter l'insolation, et le voilà équipé. Dans chaque moitié du jardin il y a une colline, et c'est sur cette colline, ombragée par endroits, que se passe la plus grande partie de la journée. Chacun emporte avec lui son déjeuner, lequel est frugal. Point de ces viandes qui emplissent le corps de poisons, de toxines, d'humeurs peccantes, se brûlent mal, et aigrissent le caractère, mais des mets légers : du

miel, du lait, du pain, comme en prennent les bergers d'Arcadie. Sur cette colline s'opère la plus grande partie de la cure. Fait-il chaud? on se couche à terre, dans la verdure, à l'ombre d'un arbre, pour lire, pour causer avec ses compagnons. Fait-il frais? on marche sur l'herbe, on se livre à des jeux pastoraux, à des exercices violents, à toutes les occupations en plein air qu'un chacun peut se donner dans les champs. Ou bien encore on s'allonge au soleil, se faisant rôtir un côté, puis l'autre, et s'initiant aux joies si chères au lézard et au crocodile.

Après quelques heures ainsi passées, le sujet quitte la colline pour descendre dans le vallon. Et là, toujours nu, il grimpe sur un toit en pente douce où, une heure durant, il se couche au soleil, la tête seule étant couverte. Après le bain d'air, c'est le bain de lumière et de chaleur. Puis, autre opération. Empaqueté dans une couverture, comme une momie de rang inférieur, le malade est exposé au feu céleste, comme s'il devait cuire dans son jus : et, après un temps, deux domestiques s'en emparent et le plongent dans un bain tiède, au sortir duquel se place une séance de massage général.

Ces différentes occupations prennent fin vers midi, et les malades se rendent au réfectoire, toujours dans leur simplicité académique. Là, ils se nourrissent derechef de façon frugale, de laitage, de fruits, de légumes, car le végétarisme est une des règles de la maison.

Et l'après-midi ressemble à la matinée. La plupart des malades l'inaugure toutefois au moyen d'une sieste en plein air ; après quoi, il vont et viennent dans le jardin, jouant, marchant, causant, lisant ou s'adonnant à quelque occupation de grand air, ou bien se rôtissant au soleil. Le soir venu nouveau et dernier repas, toujours végétarien, et à neuf heures on va se coucher. Pour la première fois de la journée, on revêt un costume : celui que chacun de nous connait ; mais souvent aussi, l'on s'en passe.

S'il pleut, on se laisse mouiller et l'on marche sous les gouttes ; mais la pluie est rare. Il faut que le temps soit bien mauvais pour contraindre les malades à rester enfermés.

Au total, la cure de nudité consiste à exposer le corps tout entier à l'action de l'air et de la lumière, autant qu'il est possible ; à supprimer le régime animal, et à vivre en plein air, sans fatigue mentale.

Il y a des gens, paraît-il, qui suivent ce traitement depuis des années — à raison d'un mois par an — et ils en disent grand bien.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris. Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune forman une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement ponr les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement chirurgical du Goitre (Cancer et Goitre exophtalmique exceptés)

Rapport lu au *Congrès de Chirurgie*, 17 octobre 1898

Par Jacques-L. Reverdin,

Professeur à la Faculté de Genève

Le traitement chirurgical du goitre a fait, depuis trente ans, d'immenses progrès, la mortalité opératoire s'est progressivement abaissée, la technique s'est perfectionnée, de nouvelles méthodes ont été crées et les indications se sont étendues.

Je divise les indications opératoires en indications d'urgence, de nécessité et de complaisance (ou cosmétiques). Les premières sont fournies par les troubles respiratoires menaçants et l'inflammation septique, les secondes par les troubles fonctionnels accusés, l'accroissement de la tumeur et l'inefficacité des moyens médicaux. Quant aux indications cosmétiques, la mortalité opératoire s'est tellement abaissée que l'on ne peut plus s'interdire d'une façon absolue de leur céder parfois. L'âge des malades, le volume de la tumeur ne constituent plus aujourd'hui des contre-indications mais dans quelques cas l'état général du goitreux ou les mauvaises conditions de lieu, l'impossibilité d'opérer aseptiquement peuvent arrêter le chirurgien.

Avant d'aborder la description des opérations proprement dites un mot des *injections parenchymateuses*; parmi toutes les préparations expérimentées la teinture d'iode et l'iodoforme sont seuls efficaces. La teinture d'iode est dangereuse à deux points de vue; elle a amené un bon nombre de fois la mort subite ou rapide et d'autre part elle modifie le goitre de façon à rendre fort difficile une opération en cas d'échec. L'iodoforme paraît sans dangers immédiats et n'amène pas l'induration de la tumeur, mais, comme du reste la teinture d'iode, il ne paraît efficace que dans les goitres diffus et vasculaires qui cèdent souvent aussi au traitement médical (iode, thyroïde).

Opérations proprement dites. — J'étudie d'abord les deux questions de l'anesthésie et de la mise à nu de la tumeur en général. *L'anesthésie* dans les opérations de goitre est fort discutée, les uns ne veulent que de l'anesthésie locale ou pas d'anesthésie du tout, d'autres croient l'anesthésie innocente. Mon expérience personnelle et le résultat de mes lectures m'amènent aux conclusions suivantes : dans les cas simples de goitres non suffocants avec dyspnée faible il n'y a ni danger ni inconvénient à administrer un anesthésique et pour ma part, je suis absolument convaincu de la supériorité de l'éther; dans les autres cas, au contraire il faut opérer sans anesthésie ou avec anesthésie locale; leurs intermédiaires sont difficiles à juger et l'abstention trop fréquente vaudra mieux que l'abus.

Découverte de la tumeur. — L'incision de la peau doit être, sauf de rares exceptions, simple; la transversale (Kragenschnitt de Kocher) donne les cicatrices les plus belles et

fournit plus de jour qu'il ne semble *à priori*; on peut employer aussi les incisions obliques ou coudées; les verticales donnent des cicatrices en corde et doivent être évitées.

Pendant l'incision des parties sous-cutanées, les veines ne doivent jamais être coupées autrement qu'entre deux ligatures à cause du danger d'entrée de l'air. Quant au muscles, les sternomastoïdiens sont simplement écartés, les muscles sous-hyoïdiens coupés, ou mieux, leurs faisceaux séparés avec l'instrument mousse. Il reste alors au-devant du goitre une couche celluleuse appartenant à l'aponévrose moyenne qui sera sectionnée avec précautions; je donne à cette lame que quelques auteurs ont appelée à tort capsule propre, le nom *d'enveloppe aponévrotique*; la capsule propre ou fibreuse appartenant à la glande doit, au contraire, être respectée. L'enveloppe aponévrotique incisée, le goitre est à nu.

J'aborde maintenant la description des différentes opérations.

Extirpation totale. — Elle sera passée sous silence puisque cette opération doit être abandonnée à cause des accidents généraux dus à la suppression totale de la glande.

Extirpation partielle. — Le goitre mis à nu, le lobe malade sera luxé en dehors de la plaie avec les doigts, soit de dehors en dedans, c'est la pratique la plus répandue, soit de dedans en dehors, après section de l'isthme, comme le fait Poncet.

Il faut ensuite lier les veines puis les artères; s'il n'y a pas de discussion pour l'artère thyroïdienne supérieure il n'en n'est pas de même de l'inférieure; les dangers de lésions du récurrent ont amené l'adoption de différents procédés, ligature tout contre le goitre (Billroth), ligature sur le bord interne de la carotide (Kocher), mise à nu du nerf avant la ligature. Aucun de ces procédés ne paraît absolument sûr. J'ai fait à l'occasion du présent rapport quelques recherches sur ce sujet et j'ai trouvé qu'en adoptant l'incision transversale convexe en bas, en écartant en dedans avec la tumeur la carotide et la jugulaire interne, on peut lier la thyroïdienne inférieure sur le bord interne du scalène au moment où elle se coude pour devenir transversale, par conséquent loin du récurrent; deux points de repère peuvent servir de guide : l'artère se trouve juste sous la partie tendineuse de l'omoplato-hyoïdien et à un centimètre au-dessous du tubercule carotidien; sur le cadavre cette opération n'est pas difficile.

Le dernier temps de l'extirpation consiste dans la section de l'isthme et sa séparation de la trachée.

Dans le *procédé de Kocher*, l'isthme est sectionné mais on laisse une partie de la tumeur sur la partie latérale de la trachée de façon à éviter les lésions possibles du récurrent.

Dans le *procédé de Wolff*, la compression digitale pendant l'opération permettrait de ne pas faire de ligatures ou d'en restreindre le nombre. Dans celui de *Doyen*, les pédicules vasculaires sont écrasés avec un instrument spécial (clamp vasiotribe). Enfin le *morcellement* n'a guère été employé que par *Péan* et ne peut être qu'un procédé d'exception.

Résection. — Opération consistant essentiellement à enlever une partie de la thyroïde entre deux parties restantes de celle-ci. La résection déjà pratiquée autrefois de différentes façons a été surtout mise en honneur et réglée par Mikulicz dans le but de faciliter la conservation d'une partie de l'organe et d'éviter le myxœdème; dans le procédé de Mikulicz, la ou les thyroïdiennes supérieures sont liées et la ou les parties conservées sont appendues aux vaisseaux thyroïdiens inférieurs. Dans le *procédé de Hahn*, les thyroïdiennes supérieures sont liées et les inférieures simplement comprimées pendant la résection avec des pinces garnies de caoutchouc; dans celui de

Zoege von Manteuffel la compression digitale est faite sur les thyroïdiennes supérieures et inférieures pendant la résection; dans celui d'*Ostermayer*, la tumeur est saisie avec une forte pince placée au-devant de celle-ci, puis on lie en plusieurs pédicules dans le sillon de la plaie.

Enucléation intraglandulaire. — Autrefois pratiquée par *Porta*, adoptée pour les kystes par *Burckhardt* et *Kottmann*, elle a été généralisée par *Socin* aux tumeurs solides. L'opération bien réglée par ce dernier chirurgien consiste, une fois le goitre mis à nu, à inciser la couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire qui enveloppe les tumeurs enkystées solides ou liquides et à énucléer celles-ci avec le doigt ou des instruments mousses; cette opération peut s'exécuter soit que les nodules néoplasiques soient uniques, soient qu'ils soient multiples. Le *procédé de Bose* consiste à étreindre pendant l'énucléation la base de la tumeur avec un lien élastique. *Roux* lie parfois les artères et *Niehans* les comprime temporairement avec des pinces garnies.

Évidement de Kocher. — La coque de la tumeur est ouverte et la masse intérieure évacuée avec les doigts ou la cuiller tranchante.

Enucléation massive de Poncet. — Elle consiste, la coque incisée, à énucléer en bloc les nodules ou les kystes autant que possible dans la capsule, mais en en sortant parfois si les adhérences sont trop intimes.

Exothyropexie. — Opération qui consiste à luxer la tumeur au dehors de la plaie et à la laisser dans cette situation recouverte d'un pansement. *Gangolphe* avait, dans un cas de goitre suffocant, luxé une partie de la tumeur pour faire la trachéotomie et abandonné les parties luxées à elles-mêmes. *Jaboulay* fit la luxation totale sans trachéotomie et en généralisa l'emploi comme moyen d'amener l'atrophie des goitres. La simple mise à l'air sans luxation a été aussi employée dans le même bût par Poncet et Jaboulay.

Opérations combinées. — Combinaisons de l'extirpation, de la résection et de l'énucléation entre elles.

Dislocation du goître. — Opération consistant à déplacer sous la peau ou sous les muscles des parties causant par leur situation des accidents de compression et que l'on ne peut extirper, dernièrement décrite par *Wolfler*.

Ligatures atrophiantes, surtout préconisées par *Wolfler;* c'est la ligature des artères nourricières de la thyroïde pour en amener l'atrophie.

Les opérations appliquées aux kystes sont *la ponction simple, la ponction avec injection irritante, le drainage, l'incision avec ou sans résection et suture à la peau, l'énucléation;* cette dernière doit être considérée comme l'opération de choix, l'incision comme méthode exceptionnelle, les autres doivent être abandonnées.

Pansement, traitement consécutif. — Quelle que soit l'opération pratiquée, on recherche, en général, la réunion par première intention et le pansement est aseptique ou antiseptique.

Pour établir les résultats des opérations de goitre, je me base sur un total de 6,103 opérations, dont 2,120 ont été recueillies dans la littérature et les autres m'ont été communiquées par leurs auteurs sous la forme de statistiques intégrales; ces statistiques comprennent des opérations faites, pour quelques-unes au moins, depuis une époque déjà assez reculée, de sorte que la mortalité opératoire calculée d'après elles, est certainement

au-dessus de la réalité actuelle; elle n'est cependant que de 2.88 0/0, tandis que, d'après Liebbrecht, elle était pour les opérations pratiquées avant 1851 de 31.4 0/0.

Comparant, sous le rapport de la mortalité, les différentes opérations, je trouve, au moyen des 3,408 cas qui m'ont été communiqués avec détails, qu'elle est de 18,97 0/0 pour l'extirpation totale, de 3.46 pour l'extirpation partielle, de 0.78 pour l'énucléation intraglandulaire, de 6.66 pour la résection : le nombre de cas concernant les autres opérations est trop restreint pour que leur taux de mortalité ait de la valeur. Il résulte de mes chiffres que l'énucléation l'emporte de beaucoup sur l'extirpation partielle et sur la résection et que la mortalité, après l'extirpation totale, est très élevée.

L'étude des causes de mort montre que ce sont surtout les complications respiratoires qui sont à redouter, puis viennent les troubles circulatoires, la tétanie, le myxœdème, les hémorragies et les complications septiques; il n'y a aucun décès à la suite de l'énucléation ni par hémorragie, ni par accidents septiques, ni par tétanie ou myxœdème.

En dehors des décès, il faut, pour juger la valeur d'une opération, tenir compte aussi des accidents non mortels qu'elle peut entraîner; je les divise, en ce qui concerne les opérations de goitre, en trois catégories : accidents dus aux lésions des organes voisins, accidents dus à l'infection, accidents dus à la suppression de l'organe glandulaire thyroïdien. Dans la première catégorie, nous avons les lésions des veines et l'entrée de l'air, accidents faciles à éviter avec une bonne technique; les hémorragies artérielles, soit primitives ou retardées, soit secondaires; les dernières sont dues à l'infection, les secondes aux efforts de l'opéré ou à des ligatures mal faites; quant aux hémorragies primitives, elles ne sont guère à redouter pour un opérateur un peu exercé, mais je crois que les procédés de Wolff, de Hahn, de Zoege von Manteuffel sont dangereux sous ce rapport.

Quant aux dangers de l'énucléation, par le fait de l'hémorragie primitive, ils ont été fort exagérés et les chiffres de Bergeat et de Bailly montrent que la supériorité de l'extirpation n'est pas si grande qu'on l'a dit. Il faut, néanmoins, se tenir prêt à convertir une énucléation commencée en extirpation, si l'hémorragie est trop abondante; cette éventualité ne se produit que rarement du reste.

Les lésions des nerfs et particulièrement des récurrents peuvent se produire dans toutes les méthodes, moins facilement cependant dans l'énucléation que dans l'extirpation; je ne suis pas en mesure de tirer des conclusions fermes de ma statistique, ne sachant pas dans quelle mesure les opérés ont été examinés et suivis sous ce rapport. Les lésions des laryngés supérieurs, du sympathique, celles du larynx, de la trachée, de l'œsophage et des plèvres sont infiniment rares.

Les accidents septiques sont bien moins fréquents aujourd'hui et ceux qui peuvent se produire, moins graves qu'autrefois; sous ce rapport, la trachéotomie crée un danger et elle doit être évitée autant que possible; de fait, elle peut l'être dans l'immense majorité des cas.

La tétanie et le myxœdème, dus l'un et l'autre à la suppression des fonctions thyroïdiennes, s'observent après l'extirpation totale surtout, exceptionnellement à la suite des extirpations partielles, plus rarement encore à la suite de l'énucléation; je ne connais que deux cas de tétanie et deux de myxœdème après l'opération de Socin.

Comparons maintenant, si possible, les résultats des différentes opérations du goitre, soit sous le rapport plastique, soit sous le rapport fonctionnel; au premier point de vue, l'incision transversale paraît donner les plus belles cicatrices et l'énucléation laisser au cou la forme la plus normale. Au point de vue fonctionnel, les opérations du goitre donnent, en général, des résultats satisfaisants; les troubles de

la respiration, de la circulation, la dysphagie, sont guéris ou améliorés, les paralysies récurrentielles peuvent être supprimées ou amendées dans un certain nombre de cas.

Toutes les opérations, sauf l'extirpation totale, qui doit être proscrite, exposent à la *récidive*; l'énucléation ne paraît pas y exposer plus que l'extirpation partielle et elle a ce grand avantage que, en cas de récidive, une nouvelle opération ne nous met pas en face des dangers de la suppression totale ou presque totale de la thyroïde.

J'en arrive maintenant à conclure, de la façon suivante, sur la valeur relative et les applications de chaque méthode : l'*énucléation est l'opération de choix*; sa mortalité est la plus faible, elle expose moins que d'autres aux accidents divers et, en particulier, à la tétanie et au myxœdème, elle n'est pas plus dangereuse au point de vue de la perte de sang. Il faut, il est vrai, pour qu'elle soit applicable, que le goitre solide ou liquide soit enkysté et vierge de traitements irritants; ces conditions paraissent être réalisées dans l'immense majorité des cas sans que je puisse fournir sur ce point des chiffres précis.

Quant aux autres méthodes, je mets à part l'*exothyropexie*, l'*énucléation massive* et l'*évidement*, qui ne me paraissent avoir que des indications exceptionnelles et qui présentent des inconvénients divers; les *ligatures artérielles* ne donnent de résultats certains que dans les goitres vasculaires; en dehors des goitres exophtalmiques, leur utilité doit être bien rare.

L'*extirpation partielle*, la *résection* et les *opérations combinées* trouvent leurs applications dans les cas où le goitre n'est pas énucléable, soit qu'il soit diffus, non enkysté, soit qu'il ait été modifié par un traitement antérieur.

Les goitres anormaux par leur siège, goitres reliés et accessoires relèvent des mêmes méthodes opératoires et l'énucléation, quand elle est possible est encore le procédé de choix; suivant la situation de la tumeur, il y aura lieu d'employer des incisions particulières, ou de se donner du jour par des opérations préalables, telles que la résection du manubrium dans les goitres endothoraciques; il faudra toujours se souvenir que ces tumeurs présentent les caractères ordinaires de vascularité des goitres en général; ce caractère est particulièrement important à considérer s'il s'agit de tumeurs thyroïdiennes endolaryngiennes, endotrachéales ou de la base de la langue.

Enfin, dans les goitres enflammés nous avons en présence l'incision et l'extirpation ou quelquefois l'énucléation. Sans vouloir établir une règle sans exceptions, on peut dire que l'*extirpation* sera plus indiquée au début, et l'*incision*, plus tard; il faut remarquer qu'à côté de la question d'âge de l'inflammation, il y a celle de sa nature et de sa virulence qui joue aussi son rôle dans le choix à faire.

De l'Influence de la Race sur le Rachitisme
Son Traitement par le Phosphore

Par le Dr Lop (de Marseille).

L'on sait avec quelle fréquence le rachitisme est observé dans certains pays, en particulier en Angleterre et en Italie.

Depuis cinq ans que j'exerce, j'ai pu maintes fois me rendre compte de la prédisposition de la race italienne à avoir des enfants rachitiques. Notre ville possède une colonie de près de 75,000 Italiens, aussi m'a-t-il été facile d'observer un grand nombre de rachitiques.

Il ressort des recherches auxquelles je me suis livré, que les Italiens des diverses provinces de la péninsule ne sont pas également frappés par la dystrophie osseuse. Celle-ci semble avoir une prédilection pour les Italiens du Sud, ceux natifs de Gênes, Naples, Livourne et la campagne environnante. Il m'a semblé que le rachitisme était de beaucoup moins fréquent chez les Piémontais et les Lombards, qui travaillent en grand nombre dans les usines de la partie Nord de Marseille, que chez les Gênois et Napolitains, se livrant à la pêche et aux travaux des quais, et qui habitent la partie de la ville avoisinant le port, et qui peut être considérée comme la portion la plus insalubre de Marseille.

On pourra m'objecter que cette fréquence n'a rien d'étonnant; que les enfants, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, doivent y devenir plus facilement rachitiques. Je me hâte de faire observer que les Piémontais vivent dans des conditions tout aussi déplorables; et que, en outre, le rachitisme est exceptionnel chez les pêcheurs français, demeurant dans les mêmes quartiers que les Gênois et les Napolitains. Il faut donc chercher la cause ailleurs que dans l'habitation.

Je ne sais si mes confrères italiens ont constaté cette sorte d'immunité des Piémontais, mais, en ce qui concerne Marseille, je puis affirmer qu'elle existe. Ce qui me confirme une fois de plus dans mon opinion, c'est que la distrophie osseuse frappe non seulement les nourrissons alimentés prématurément ou entachés d'hérédo-syphilis, mais aussi des enfants vivant dans des conditions hygiéniques relativement bonnes, dans des familles aisées, et nourris au sein jusqu'à 18 ou 20 mois.

Je dois, il est vrai, déclarer que ces derniers cas sont rares, et que le rachitisme observé chez les petits Italiens, reconnaît, en général, pour cause, les troubles digestifs ayant leur origine dans une alimentation inconsidérée et nullement en rapport avec la capacité du tube digestif des enfants. Mais je n'en ai pas moins constaté que les enfants d'Italiens du Nord, chez lesquels l'alimentation solide prématurée est pratiquée tout autant que chez ceux du Midi de l'Italie, échappent pour la plupart au rachitisme.

Dans mes différentes tournées d'inspection des enfants du premier âge, j'ai constaté que toutes les nourrices Piémontaises sèvrent leur enfant de bonne heure, pour pouvoir prendre un nourrisson qui leur rapportera 35 ou 40 francs par mois. Cependant, leurs enfants sont rarement rachitiques, malgré ce sevrage prématuré. La distrophie osseuse est, au contraire, très fréquente dans la 1re circonscription de Marseille (comprenant les rues avoisinant les quais et l'Hôtel-Dieu), où les nourrices sont toutes Napolitaines ou Génoises.

Une promenade faite pendant la belle saison dans la 1re circonscription de Marseille, quartier où la vie toute entière se passe dans la rue, sauf la nuit, permettra de se convaincre de ce que j'avance, relativement au grand nombre des enfants rachitiques, aussi crois-je inutile d'insister davantage sur mon affirmation.

Sur 46 rachitiques que j'ai observés en quatre ans, 4 seulement étaient Français, les autres étaient tous de père et mère italiens.

II

On sait combien varié est le traitement pharmaceutique du rachitisme, aussi n'ai-je pas l'intention d'en passer la revue. Après avoir essayé un peu toutes les médications, je me suis arrêté au phosphore, et c'est surtout le travail de M. Comby qui m'y a engagé. Aujourd'hui, après environ quatre années d'expérience de ce traitement, je ne puis que me féliciter de l'avoir employé.

Sur le nombre relativement élevé de rachitiques que j'ai observés, je n'ai pu en soigner complètement que 16; les autres cas n'ont été vus qu'à de trop rares visites, soit à mon cabinet, soit au bureau de bienfaisance, pour que j'ai pu me renseigner sur leur nationalité ou prescrire une médication qui demande à être suivie de près, ce que je ne pouvais faire pour des malades que j'avais la certitude de ne plus revoir.

En outre d'une hygiène alimentaire rigoureuse, et des bains de mer chauds ou froids, selon la saison, j'ai systématiquement employé le phosphore selon la méthode de Kassowickz et d'après sa formule :

Phosphore	0 gr. 01
Lipanine	30 gr.
Sucre en poudre, Gomme pulvérisée	ââ 15 gr.
Eau distillée	40 gr.

Une cuillerée à café par jour représente 1 milligramme.

Dans certains cas, chez les enfants déjà un peu grands et dont le tube digestif est en bon état, j'emploie l'huile de foie de morue comme véhicule : 0 gr. 10 de phosphore pour 1 litre d'huile, formule de M. Comby.

La médication phosphorée ne m'a jamais donné d'accidents sérieux. Je crois, du reste, qu'on peut éviter ces accidents en surveillant attentivement les enfants, et en interrompant le traitement pendant 4 jours tous les 12 jours.

L'âge des enfants soignés pendant une période suffisamment longue varie entre 18 mois et 4 ans 1/2. Tous ces petits malades présentaient des formes sérieuses; 4 d'entre eux avaient du crâniotabès très accusé; tous étaient des « digestifs », avec gros ventre, dilatation de l'estomac, diarrhée, et dentition défectueuse ou incomplète malgré leur âge. Un d'entre eux, qui est aujourd'hui âgé de 5 ans 1/2, n'a encore qu'une seule dent.

Sur ces 16 cas, à vrai dire, je n'en ai que 3 qui puissent être considérés comme complètement guéris après 2 ans 1/2 de traitement. 7 cas présentent une amélioration très notable, surtout du côté du squelette, après 18 à 20 mois de traitement; 5 autres ont une amélioration légère, après 10 mois de soins; 1 insuccès suivi de décès par lientérie.

(*Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Marseille*, 8 Octobre 1898).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 octobre 1898

Présidence de M. le Pr POUCHET, président

M. Lépinois donne lecture d'un travail concernant l'*emploi du formol pour la conservation du corps thyroïde*. Si l'on relit les travaux publiés jusqu'à ce jour sur le mode d'action de la glande thyroïde et le ou les principes actifs qu'elle renferme, on constate des divergences notables entre les auteurs; aussi paraît-il préférable, jusqu'à plus ample informé, d'utiliser la glande totale en thérapeutique. Mais on sait, d'autre part, que cette glande se conserve très difficilement, que les manipulations auxquelles on la soumet modifient sa constitution, aussi paraît-il nécessaire de trouver un mode de conservation qui laisse intacts les éléments histologiques et chimiques. L'auteur propose, dans ce but, l'emploi du formol (solution du commerce à 40 0/0), en solution aqueuse à 1 0/0 : si l'on soumet une glande thyroïde à l'action de ce liquide, on constate qu'au bout de 2 à 3 jours, la glande a pris une consistance élastique, mais qu'elle a conservé intacts tous ses éléments et se trouve stérilisée.

Des essais comparatifs entre un lot de glandes fraîches et un lot de glandes soumises au formol ont démontré que chimiquement, il n'y a pas de transformation. La proportion d'iode reste sensiblement la même : le liquide conservateur se charge d'albuminoïdes en petites quantités,

Les glandes formolées soumises à l'action de la pancréatine ou de la pepsine ont été digérées dans les mêmes conditions que les glandes fraîches, et les réactifs chimiques ont décelé la présence de peptones dans les deux cas.

On peut donc inférer de ces recherches qu'une solution faible de formol à 1 0/0 conserve et rend inaltérable la glande thyroïde : pour empêcher la dessication, on fera bien d'ajouter un peu de glycérine. En outre, la digestion de la glande est possible après l'action du formol; et le procédé sus-indiqué peut, sans doute, être étendu à d'autres produits utilisés en opothérapie.

M. Bardet reconnaît que la médication thyroïdienne est difficile, car il paraît toujours encore préférable de se servir de la glande fraîche, malgré les recherches intéressantes de nombreux auteurs. Il faut, d'un autre côté, ne pas oublier que les travaux de Trillat lui ont démontré que les corps albuminoïdes deviennent toujours impropres à la consommation, quand on les soumet à l'action du formol. La digestion des albuminoïdes ne se fait plus comme à l'état normal : on n'observe plus une vraie peptonisation. Cette constatation a eu des résultats pratiques, puisqu'il a été décidé au conseil d'hygiène, qu'il y avait lieu d'interdire la consommation du lait conservé *après lavage au formol des vases destinés à le contenir*. Le lait, dans ces conditions, n'est plus digestif. Les constatations de M. Lépinois paraissent en contradiction avec les données reçues, et si on acceptait ses conclusions, on arriverait à permettre d'utiliser le formol pour la conservation des viandes. Or, le dernier Congrès d'hygiène a vivement protesté contre tout emploi du formol dans ce but.

M. Lépinois réplique que les recherches histologiques qu'il a faites ont confirmé les résultats fournis par ses recherches chimiques. Les tissus soumis au formol n'étaient en rien altérés.

M. Bardet ne conteste pas ces faits; le formol présente, à ce point de vue, de grands avantages sur nombre de liquides conservateurs. Mais la question de la consommation et de la digestibilité reste ouverte.

M. Vigier rappelle que, pour conserver la glande thyroïde fraîche, il a depuis longtemps proposé de se servir du biborate de soude et du charbon : les trois substances, mélangées et conservées en capsules, donnent une préparation qui ne s'altère pas et rend de grands services.

M. le Pr Pouchet appuie les restrictions de M. Bardet. Il y a lieu de poser comme règle générale que, si on cherche à conserver une substance alimentaire, *ce sera toujours au détriment de sa valeur nutritive*. Tous les procédés d'ordre chimique sont, pour cette raison, à rejeter; il ne faut autoriser

que les procédés physiques et, même dans ce cas, il y aurait à faire des restrictions. L'orateur n'a pas expérimenté le format à ce point de vue, mais il serait étonnant que ce corps fasse exception à une règle qui se trouve vérifiée pour toutes les autres substances conservatrices.

M. Lépinois obtient-il vraiment une peptone utilisable par l'organisme? La physiologie seule pourrait éclairer la question, car les recherches chimiques ne donnent, à ce point de vue, que des résultats bien imparfaits. M. Lépinois a trouvé, au cours de ses analyses, des différences minimes, il est vrai, entre les albuminoïdes des deux lots de glandes examinées. Or, ces différences, lorsqu'il s'agit d'albuminoïdes, peuvent jouer un rôle considérable au point de vue de la valeur nutritive d'un aliment donné.

La question demande donc à être reprise, surtout au point de vue physiologique. Les réactions chimiques n'arriveront pas, dans ce domaine, à résoudre le problème.

M. Bardet rappelle que la question à étudier présente deux inconnues : 1° Le formol a-t-il modi la valeur pharmaco-dynamique de la glande tyroïde? 2° Le formol empêche-t-il la peptonisation *vraie* des albuminoïdes? Il est probable que la valeur médicamenteuse n'est pas modifiée, mais encore faut-il s'en assurer par des recherches suivies.

M. Bolognesi dépose son rapport *sur les résultats fournis par l'emploi des injections salines dans les maladies infectieuses*. Les injections salines, de pratique courante dans les services hospitaliers, ont quelque peine à faire la conquête du public médical : elles méritent toutefois qu'on les utilise sur une beaucoup plus grande échelle.

On a parlé, pour expliquer l'action physiologique de ces injections, de *lavage du sang*, de *désintoxication du sang* : or, rien ne prouve que ces deux actions se produisent véritablement, car il faudrait pour cela que ces toxines soient solubles, ce qui n'est pas démontré. On fera donc mieux de s'en tenir aux données de la clinique, qui nous apprend que ces injections *augmentent notablement la pression sanguine et favorisent le jeu des émonctoires* (diaphorèse, diurèse).

La solution physiologique de chlorure de sodium à 7 00/00 reste la solution type : c'est de beaucoup la plus employée. Il y a accord parfait sur ses indications dans les cas de grandes hémorragies, de choléra, etc., mais le problème se trouve un peu obscurci par le fait que ces injections n'ont jamais été employées seules : toujours, on les a utilisées concurremment avec d'autres médications.

Que l'on injecte ces solutions dans les veines ou sous la peau, on observera toujours les mêmes phénomènes consécutifs; la méthode est l'apanage des cas urgents et des infections dans lesquelles les émonctoires fonctionnent mal. On injectera des doses de 150 grammes dans le tissu cellulaire superficiel, et des doses de 500 grammes dans le tissu cellulaire profond. On fera toujours bien de procéder à la phlébotomie avant de faire les injections, si les indications de la saignée existent.

En résumé, les injections salines représentent un *stimulant et un excitant : elles ne sont ni antitoxiques ni microbicides*.

M. Dalché présente à ce sujet deux observations : dans un cas, il s'agissait d'une intoxication oxycarbonée des plus graves; on fit une première injection de solution physiologique de 300 grammes le matin, et une seconde injection de 500 grammes le soir. Pendant la nuit, la malade fut prise d'une ménorrhagie considérable et guérit en 5 à 6 jours. Dans ce cas, l'action simultanée de la saignée physiologique (il s'agissait des règles) et des injections a certainement sauvé la malade.

Dans le second cas, il s'agissait d'un cas diagnostiqué *coma diabétique*, qui fut guéri par l'emploi de la solution recommandée par le Pr Lépine, de Lyon, pour les cas de ce genre.

Eau.....	1.000	grammes.
Chlorure de sodium.....	7	—
Bicarbonate de soude.....	10	—

Or, il s'agissait en réalité, comme l'évènement le démontra par la suite, d'un cas de paralysie générale au début. La glycosurie constatée n'était qu'un symptôme dépendant de la maladie principale.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

De la création de nouvelles articulations, par M. OLLIER (*Gazette des Hôpitaux*, n° 67, 1898). — L'auteur a déjà communiqué à l'Académie des Sciences ses travaux sur la réfection des articulations après la résection. Il cherchait à établir des néarthroses du même type que les articulations enlevées ou détruites. Il est allé plus loin récemment et a pu mettre en rapport des os normalement indépendants ou éloignés les uns des autres. Son dernier cas concerne un homme de 48 ans, blessé au siège de Metz d'un coup de fusil qui lui brisa l'épaule. Une suppuration tenace obligea à faire trois interventions successives en plusieurs années, jusqu'au jour où l'on tomba sur un fragment de balle placé sous l'omoplate, qui fut réséqué en totalité. En attendant qu'il fût délivré, ce qui aurait dû se produire dès la première intervention, nous semble-t-il, si les trajets fistuleux eussent été suivis jusqu'à l'origine, le malheureux fut privé de la tête humérale, de l'omoplate,et vit son membre supérieur flotter inerte le long de son corps. M. Ollier, qui le vit en 1893, lui proposa une opération dont il a pu contrôler les résultats éloignés tout dernièrement. Il mit en rapport l'extrémité de l'humérus évidé, en conservant le périoste, avec la face inférieure de l'extrémité externe de la clavicule. des fils de platine assurant cette union. Il entoura ensuite cette articulation nouvelle créée de toutes pièces, des muscles qui servaient à mouvoir l'ancien articulation. Les fibres deltoïdiennes furent soigneusement insérées au périoste de la clavicule, au muscle trapèze (devenu ainsi muscle digastrique) tandis que les muscles scapulaires étaient de nouveau fixés à la nouvelle extrémité humérale. Tout d'abord, il espéra une soudure osseuse, avec mouvements se passant dans l'articulation sterno-claviculaire; mais il obtint une soudure fibreuse avec presque toute l'amplitude des mouvements fonctionnels normaux.

Aug. BENOIT.

La fracture de Colles et les rayons de Rœntgen, par CARL BECK, de New-York(*Medical News*, vol. LXXII, n° 8, 1898). — Avec de superbes reproductions d'épreuves radiographiques, l'auteur nous montre que le diagnostic et surtout le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius ont été révolutionnés dans ces dernières années. On peut, entre autres choses, constater que le radius n'est pas seul atteint dans beaucoup de cas et que l'apophyse styloïde du cubitus, si ce n'est son extrémité inférieure elle-même, sont fracturés également. Mais la grande utilité pratique de l'examen par les rayons réside dans ce fait que l'on peut, en outre de l'étendue des désordres que l'on a la faculté de juger, apercevoir si les traits de fracture sont intra ou extra-articulaires. Il peut, dans ce dernier cas, adopter une thérapeutique plus sévère. Au risque d'avoir des raideurs, on maintiendra la réduction, une fois qu'on l'aura obtenue avec ou sans chloroforme et par l'extension et la contre-extension aidées de pressions appropriées, au moyen des attelles plâtrées et des attelles de bois. Celles-ci, qui doivent s'étendre des articulations métacarpo-phalangiennes au pli du coude, seront bientôt diminuées de longueur, pour pouvoir faire exécuter aux doigts et à l'articulation du poignet des mouvements précoces. On agira de même dans les cas où il existe un déplacement dont la réduction aura exigé quelque peine. Le massage et la mobilisation reprennent au contraire tous leurs droits, avec les fractures sans déplacement et sans diastase étendue, quel que soit le mode de traitement adopté : les épreuves radiographiques nous servent à contrôler la position des fragments et à couvrir au besoin le chirurgien, dans le cas où des troubles graves surviennent à la consolidation, occasionnés par des cals exubérants ou des arthrites radio-carpiennes impossible à éviter.

Quoi qu'il en soit, il est impossible aujourd'hui de se passer de ce mode d'investigation qui touche au merveilleux et dont les moindres mérites consistent à éviter au malade des manipulations douloureuses et prolongées qu'exigeaient les anciennes méthodes de diagnostic, et à permettre la *restitutio ad integrum* des os fracturés, sous les yeux de l'opérateur.

Dans la plupart des cas, ferons-nous observer, la skiagram dont se sert l'auteur anglais est inutile. L'écran fluoroscopique est d'un usage infiniment plus pratique en ce qui concerne la réduction des fractures de Colles et leur maintien par les appareils ordinaires.

Aug. Benoit

Nouvelle méthode d'application des appareils plâtrés pour l'ankylose du genou ou les fractures des jambes, par M. H. M. Hall (*Medical Record*, 24 septembre 1898). — On connaît la difficulté qu'on éprouve pour redresser un genou ankylosé en flexion, les muscles fléchisseurs opposant une contracture qui oblige à employer beaucoup de force. M. Hall place son malade anesthésié de façon à ce que le membre malade fasse pont entre deux tables voisines. Le chirurgien, placé au milieu, peut dès lors agir facilement. Il commence par entourer le genou d'ouate, après l'avoir redressé manuellement autant que possible. L'artifice par lequel l'extension complète sera maintenue, consiste à mettre à califourchon sur la jointure un bandage de toile découpé de chaque côté en plusieurs chefs auxquels on attache autant de poids qu'il en faut pour réaliser la rectitude complète du membre.

On enroule ensuite la bande plâtrée, en remontant du pied à la cuisse. Les tours de bande passent sur les liens qui soutiennent les poids et dans leur intervalle. Ceux-ci deviennent de petites cordes cylindriques, et lorsque, l'appareil terminé et la dessication complète, on les coupe au ras du moule plâtré, on les voit se rétracter dans son intérieur, laissant des trous pour la ventilation du membre. Ce moyen, déclare l'auteur, lui a donné des résultats qu'il n'avait pu obtenir par aucune autre méthode; il est supérieur à la ténotomie elle-même. Le même principe est applicable aux fractures de la cuisse, de la jambe, du bras et de l'avant-bras. Un aide fait l'extension pendant que la fronde, disposée sur le foyer de fracture, maintient la coaptation grâce à ses poids.

L'auteur s'est servi également de cette méthode pour appliquer le plâtre de Paris après l'opération de Phelps pour le pied-bot. Le bandage à plusieurs chefs étant toujours extérieur aux divers pansements protectifs que l'on peut avoir à appliquer, il ne saurait exercer de pression incommode, une fois le plâtre mis en place.

Aug. Benoit.

Prothèse immédiate du maxillaire inférieur (*Acad. de Médecine de Belgique*, 24 septembre 1898). — M. Lavisé a eu l'occasion de faire la résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur chez une femme atteinte d'une tumeur kystique alvéolo-dentaire suppurée avec nécrose osseuse. Il applique séance tenante un appareil prothétique, fabriqué chez M. Moury. Cet appareil, en vulcanite, reproduit la forme de la partie enlevée et tient, d'une part, grâce à un ressort, à une plaque métallique palatine et, d'autre part, à une deuxième plaque qui embrasse les dents incisives de la partie opposée du maxillaire. L'appareil permet d'obvier à la déformation du côté opéré et assure un bon fonctionnement du maxillaire, sans irritation et sans fétidité de l'haleine.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical du prognathisme, par le Dr P. P. Berger, Lyon (*Echo médical de Lyon* 15 oct. 1898), — Lorsque le prognathisme acquis en vient à causer des troubles graves de la parole et de la mastication, dédaignant les moyens orthopédiques inefficaces, on doit recourir à une intervention chirurgicale. Celle-ci consiste à faire la *résection double ou simple* des condyles du maxillaire. On peut à la rigueur s'en tenir à la résection unilatérale, qui guérit avec une dyssymétrie faciale négligeable. Mais il est préférable de faire la résection double en deux temps, à quelques semaines d'intervalle, pour éviter l'ankylose. Pour éviter le nerf facial, il faut faire une incision oblique au niveau du condyle suivie de la trépanation et de l'égrugement sous-capsulaire de *l'apophyse*.

Aug. Benoit.

Appareil prothétique pour amputés de la jambe, par M. C. Ussing (*Ugeskrift for Læger*, 12 août 1898). — Par suite de l'atrophie de son moignon, une femme, qui avait subi l'amputation de la jambe au lieu d'élection, ne pouvait marcher sans douleur avec la botte qu'on lui avait confectionnée. Son gendre, ouvrier mécanicien, imagina un appareil de même forme extérieure, mais dans lequel, au-dessous du genou, se trouvait un anneau de pneumatique de bicyclette qu'une valve externe permettait de gonfler à volonté. Grâce à ce moyen, la tubérosité du tibia se trouvait enserrée dans la botte, qui contenait le moignon libre de tout contact. L'amputée, grâce à son appareil, se trouve en mesure de faire de longues marches et ne souffre aucunement. L'auteur pense que ce principe pourrait être généralisé à de nombreux appareils prothétiques.

Aug. Benoit.

Périostite du tibia par effort, par M. H. Toussaint (*Rev. méd. de l'Est*, sept. 1898). — Sous ce titre, l'auteur mentionne trois cas de périostite du tibia qui ne pouvaient être rapportés selon lui qu'à l'*effort* musculaire. L'affection a déjà été décrite en Allemagne sous ce nom. Nous avons tous assisté à la formation d'abcès périostiques à la

face antéro-interne du tibia, survenus en dehors de tout traumatisme, de tout antécédent rhumatismal, syphilitique ou blennorrhagique. Comme il s'agit presque toujours de jeunes sujets, soumis à un surmenage momentané, nous sommes portés à incriminer la croissance et le mauvais état général. Or, chez trois élèves de Saint-Cyr, M. H. Toussaint croit pouvoir invoquer comme cause les tiraillements exercés sur le périoste par les fibres tendineuses qui s'y attachent (poplité, soléaire, fléchisser commun). Cette manière de voir impose un traitement conservateur : repos au lit, onguent napolitain, belladone, enveloppement ouaté. Les suites sont parfois très longues, et une sérieuse incapacité fonctionnelle en a été la conséquence fréquente.

Aug. Benoit.

Applications des courants de haute fréquence dans un cas de luxation de l'épaule, par le Dr Sudnik, de Buenos-Ayres (*Soc. franç. d'Electrothérapie*, 21 octobre 1898). — L'auteur a eu l'idée d'employer les courants de haute fréquence pour une luxation de l'épaule du type intra-coracoïdien, qu'il s'était faite dans une chute. Les procédés employés habituellement pour la réduction ayant échoué, il fit plusieurs applications des courants de haute fréquence (une plaque sur le deltoïde et l'autre sur le poignet). C'est pendant une de ces applications que la tête humérale put être réduite, grâce à la sédation de la douleur et à la résolution musculaire ainsi obtenues. Ce qui amène le Dr Sudnik à formuler les conclusions suivantes : 1° Les courants de haute fréquence ont une action anesthésique indiscutable ; 2° Les courants de haute fréquence ont une action sur la contracture d'origine traumatique.

R. Blondel.

Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse, par M. Picqué, de Paris (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — L'auteur distingue, parmi les collections suppurées de la loge cérébelleuse, les variétés suivantes : collections ostéo-duremériennes, intra-durales, péri-cérébelleuses et intra-cérébelleuses ; collections en bissac ou en étages. Le but des recherches cadavériques auxquelles il s'est livré était de rechercher une voie plus commode que la voie mastoïdienne partielle ou totale, usitée jusqu'ici et qui convient seulement aux variétés antérieures. La simple trépanation occipitale étant insuffisante, il propose de tailler un large lambeau ostéoplastique mastoïdo-occipitalé retro et sous-sinusien. Cette *voie mastoïdo-occipitale* permet d'explorer toute la loge cérébelleuse ; on doit, à cet égard, songer aux abcès en bissac et, pour cela, explorer avec soin la face interne et la dure-mere.

Aug. Benoit.

Extirpation d'un gros polype naso-pharyngien par la méthode de Doyen, par M. Chibret (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — Les opérations préliminaires imaginées pour atteindre les volumineux polypes naso-pharyngiens laissent à leur suite des cicatrices qu'il est bien malaisé de dissimuler. Aussi voyons-nous avec plaisir M. Chibret suivre Doyen dans son ingénieux procédé d'ablation par les voies naturelles. Chez un malade de 22 ans, déjà vainement soumis à l'anse galvanique, M. Chibret a pu extraire un volumineux polype par la rugination du pédicule et l'arrachement de la masse principale par les voies naturelles. Un prolongement sous-orbitaire ne put être extrait que par l'incision de la paupière inférieure droite. Hémorragie assez abondante, qui cessa aussitôt la tumeur enlevée.

Aug. Benoit.

Un nouveau cas de lymphadénome du cou et du médiastin traité par les injections de naphtol camphré, par Fernet (*Société médicale des Hôpitaux*, 14 octobre 1898). — M. Fernet a traité, par les injections intra-ganglionnaires de naphtol camphré, une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte de lymphadénome des ganglions du cou, du médiastin, de l'aisselle et du canal rachidien. A la suite de ces injections (au nombre de 13), il a constaté une amélioration notable ; diminution de l'œdème et du volume du cou.

Ce traitement ne saurait évidemment guérir un lymphadénome généralisé, mais comme cette maladie est probablement la conséquence d'une infection buccale et que, pendant quelque temps, elle reste localisée aux ganglions du cou, *on peut* espérer pouvoir arrêter son développement en agissant sur les ganglions primitivement envahis.

G. Lyon.

Volumineuse hernie épigastrique chez un homme obèse. Cure radicale. Guérison, par M. Villar (F.), de Bordeaux (*Congrès de Chirurgie*, 22 octobre 1898). — L'auteur, après un rapide aperçu de la question, rapporte une observation, qui fait l'objet de sa communication, d'un homme âgé de 50 ans, présentant une corpulence et une obésité extraordinaires, et atteint d'une volumineuse hernie épigastrique depuis 15 ans environ.

Cette tumeur, qui gênait depuis longtemps le malade par son volume, occupait la région épigastrique et s'étendait sur la ligne médiane, de l'ombilic à l'appendice xyphoïde. De la forme d'une calotte sphérique, elle avait une consistance molle avec des points indurés, et était sonore en certains points, et un peu réductible.

Le malade, devant l'aggravation de son état, vint alors trouver M. Villar, qui se décida à une intervention.

L'opération fut faite le 21 février 1898, après anesthésie à l'éther. Après une incision elliptique de la peau, l'auteur isole et disèque le sac herniaire, qui est ouvert, enlève une grande partie de l'épiploon graisseux qui entoure la masse intestinale, et réduit l'intestin et le moignon de l'épiploon. Puis le sac est réséqué et la paroi reconstituée. Enfin la peau est réunie aux crins de Florence et recouverte d'un pansement antiseptique. Quinze jours après, le malade se levait.

En terminant, l'auteur rappelle qu'il est bien préférable d'opérer les hernies épigastriques avant qu'elles aient atteint un gros volume et des adhérences néfastes et, vu l'innocuité de l'opération, il voudrait la voir pratiquée sur une plus vaste échelle.

R. Blondel

Gastro-entérostomie, par M. le Dr Monprofit, d'Angers (*Congrès de Chirurgie*). — L'auteur donne le résultat de dix-neuf gastro-entérostomies pour cancer et gastrite chronique.

Quatorze opérations ont été pratiquées pour cancer et ont donné deux morts opératoires survenues par suite d'épuisement dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'intervention, sans que l'autopsie ait fait reconnaître aucune complication opératoire.

Sur les douze malades ayant survécu, dix ont retiré un bénéfice notable de l'intervention; les vomissements ont disparu, l'embonpoint est revenu et la santé générale a été améliorée pendant un temps variable. Deux malades ont continué à vomir et n'ont retiré aucun bénéfice appréciable de l'opération.

Cinq gastro-entérostomies ont été pratiquées pour gastrite chronique; — ces cinq malades ont bien supporté l'intervention et tous les cinq ont vu disparaître les troubles gastriques pour lesquels ils ont été opérés.

Au point de vue des procédés opératoires employés, l'auteur a usé successivement de la gastro-entérostomie antérieure, selon Wœlfler, de la gastro-entérostomie de von Hacker, et du procédé en Y, de Roux, de Lausanne.

Si l'on met de côté les deux malades qui ont succombé à l'épuisement quelques heures après l'opération, on trouve, au point de vue du fonctionnement de la gastro-entéro-anastomose, suivant le procédé employé, les résultats suivants :

Procédé de Wœlfler, neuf opérations : cinq résultats parfaits; deux satisfaisants et deux mauvais. — Procédé de von Hacker, six opérations : cinq résultats excellents, un assez bon. — Procédé de Roux, deux opérations : l'une pour gastrite chronique, l'autre après gastrectomie, deux résultats parfaits.

M. Montprofit est donc d'accord avec la plupart des opérateurs pour pratiquer l'anostomose postérieure, soit latérale, soit en Y, toutes les fois que cela est possible, et pour ne faire désormais l'anastomose antérieure que dans les cas rares où elle est seule possible. L'auteur pratique la gastro-entérostomie exclusivement au moyen de sutures au fil de soie et dit n'avoir jamais éprouvé le moindre ennui de ce chef. Aussi, sans vouloir porter un jugement définitif sur les procédés d'abouchement au moyen des sutures ou des boutons qui sont employés par beaucoup de chirurgiens des plus autorisés, l'auteur croit que la majeure partie de la chirurgie gastro-intestinale peut se faire avec l'aiguille ordinaire et le fil de soie fine.

R. Blondel.

Traitement opératoire de l'ulcère perforant du duodenum (*Wratsch*, n° 25, 1898). — Vanach rapporte un cas où les phénomènes cliniques indiquaient une péritonite consécutive à la perforation de l'appendice vermiculaire. Une incision pratiquée parallèlement au ligament Poupart du côté droit a donné issue à une grande quantité de liquide purulent; l'appendice vermiculaire réséqué se montra cependant parfaitement sain. On pratiqua alors une seconde incision allant de l'ombilic au sternum, et l'on constata aussitôt qu'il existait, sur la paroi antérieure du duodénum, un orifice large d'environ 3 millimètres, recouvert d'épaisses couches de fibrine.

Comme il paraissait impossible de réséquer l'ulcère, étant donné qu'il était situé très profondément, on se contenta de fermer l'orifice par quatre sutures et de le recouvrir d'un tampon iodoformé. On a introduit, en outre, quelques tampons iodoformés entre les anses intestinales. Les plaies de la paroi abdominale n'ont pas été suturées : on a appliqué sur le ventre un pansement aseptique sec.

Le malade est resté pendant quatre jours sans aliments d'aucune sorte : c'est seulement le cinquième jour qu'on lui a donné, pour la première fois, quelques cuillerées à thé de lait; pour calmer la soif, on recourait à des lavements d'eau.

Le septième jour, on changea les tampons pour la première fois.

Le malade s'est rétabli.

En se basant sur son observation personnelle, ainsi que sur celles publiées par d'autres auteurs (au nombre de 7), Vanach insiste sur la nécessité d'intervenir le plus souvent possible dans le traitement des ulcères du duodenum.

D'un autre côté, pour arriver à faire le diagnostic du siège, Vanach, suivant en cela l'exemple de Mackenzie, conseille d'interroger soigneusement le malade sur son état passé ; de chercher à savoir si le malade présentait des troubles de digestion : tous ces renseignements pourraient être de grande utilité pour le diagnostic.

Dernier point. Vanach préfère les larges incisions qui permettent de mieux se rendre compte de la propagation du processus inflammatoire sur le péritoine ; il évite les lavages de la cavité et laisse les plaies de la paroi abdominale ouvertes.

B. TAFT.

La voie vaginale dans le traitement des affections du rectum (*70e Réunion des Naturalistes et Médecins allemands*, Dusseldorf, 20 septembre 1898). — LIERMANN rappelle que Rehn proposa pour la première fois, en 1895, de choisir la voie vaginale quand il s'agit de procéder, chez la femme, à des opérations d'une certaine importance dans la région rectale. La méthode a donné à Francfort-sur-le-Mein d'excellents résultats entre les mains de son auteur. Liermann cite un cas où il intervint chez une femme de 70 ans, atteinte de carcinome du rectum placé très haut, à la paroi postérieure. L'incision vaginale longitudinale va du cul-de-sac postérieur jusqu'à l'entrée du vagin, et les bords de la plaie une fois bien écartés on mobilise la partie du rectum avoisinant le sphincter, et on la sectionne transversalement au-dessus du sphincter. Puis on détacha avec difficulté la partie du rectum située au-dessus, et on fut obligé, pour arriver au-dessus des parties carcinomateuses, d'enlever l'intestin sur une longueur de 0 m. 17 Ceci fait, on fixa à l'anus le bout supérieur sain. Les suites opératoires furent excellentes.

L'avantage du procédé est de conserver un sphincter intact et un tube rectal sans solution de continuité ; la défécation est possible de suite après l'opération. Les six cas jusqu'ici opérés depuis 1895 n'ont jamais présenté de complications, telles que gangrène de la portion d'intestin attirée en bas ou de la portion périphérique, etc.

E. VOGT.

De l'emploi du formagène dans les pulpites (*Thérapeutique moderne russe*, n° 6, 1898). — PERVENGEFF procède de la façon suivante : Après avoir nettoyé la cavité cariée, on y introduit une certaine quantité de formagène en en enlevant soigneusement l'excès avec un petit tampon d'ouate. Ceci fait, on y introduit du ciment liquide et, lorsque le ciment se solidifie, on remplit la cavité dentaire, soit avec du ciment, soit avec du caoutchouc. L'auteur n'emploie presque pas de matériaux métalliques.

Ce procédé a été employé par l'auteur dans 100 cas ; dans 40 d'entre eux, on a procédé à un contrôle rigoureux des résultats obtenus en enlevant, après un certain laps de temps, le plombage et en examinant la vitalité de la pulpe dentaire. Le formagène a été employé dans les affections dentaires suivantes : pulpite chronique ou aiguë ; pulpite chronique ou aiguë des dents de lait ; amputation de la pulpe ; pulpite gangréneuse chronique, pulpite chronique suppurée généralisée. Dans les derniers cas, il survenait, après l'extraction du formagène, des douleurs très intenses qui obligeaient à enlever le plombage ; il se produisait en outre de la gangrène de la pulpe,

Dans d'autres cas, quelquefois un certain temps après, il survenait des douleurs peu intenses qui disparaissaient avec le changement du plombage, ce qui prouve qu'il existait une pression exercée par le plombage employé antérieurement.

L'emploi du formagène est tout à fait indiqué dans la pulpite des dents de lait.

B. TAFT.

De l'emploi du chlorure de zinc dans les abcès alvéolaires (*Recueil d'Odontologie russe*, n° 1, 1898). — KHROUTSCHEFF a employé dans le traitement des abcès alvéolaires communiquant avec la cavité buccale par un trajet fistuleux, le chlorure de zinc concentré.

Le mode d'agir est le suivant :

Après avoir lavé la cavité cariée et enlevé soigneusement toutes les masses putrides (à l'aide de la plus fine aiguille de Donaldson) on y introduit de la potasse finement pulvérisée. Au bout de 5 à 8 minutes, on lave la cavité plusieurs fois avec de l'eau et on la saupoudre ensuite d'un mélange d'acides tartrique et citrique pour neutraliser la potasse.

Ceci fait, on introduit dans le canal un petit tampon d'ouate trempée dans de la formaline et saupoudrée de phosphate de chaux. Une fois le canal aseptisé, on se prépare à introduire dans l'abcès du chlorure de zinc. Pour cela, on cocaïnise d'abord le champ opératoire et l'on introduit ensuite doucement dans la cavité de l'abcès un mince et long tampon d'ouate imbibée d'une solution concentrée de chlorure de zinc dans de l'huile de ricin (à parties égales). Il est à faire remarquer que l'extrémité du tampon qui plonge dans la cavité buccale doit rester sèche: on fixe cette extrémité entre les dents voisines.

Après quatre à cinq heures, le malade enlève lui-même le tampon et se gargarise fréquemment la bouche avec de l'eau boriquée.

Pendant la première semaine du traitement, on fait tous les jours le pansement que nous venons de décrire.

La durée du traitement, d'après ce procédé, variait de deux à six semaines et les résultats obtenus étaient incomparablement meilleurs que dans le traitement par les injections antiseptiques.

Le pus perdait rapidement son caractère ichoreux; on n'a jamais observé l'expulsion de séquestres, et l'on arrivait toujours à éviter l'extraction de la dent.

B. Taft.

De l'emploi du chlorure d'éthyle dans la péridentite *(Recueil d'Odontologie russe*, n° 5, 1898). — Au cours des deux premières périodes de la péridentite, Krouschansky obtient la guérison à l'aide du chlorure d'éthyle qu'il emploie de la façon suivante :

Après avoir incisé la gencive autour de la dent malade, il invite le malade à tirer le plus possible de sang de la plaie ; ceci fait, il badigeonne la portion de la gencive qui entoure la dent malade avec de la teinture d'iode.

Au bout d'un quart d'heure, il dirige sur la gencive un jet de chlorure d'éthyle (en protégeant avec de la ouate les dents voisines), le jet est maintenu jusqu'à ce qu'on ait dépensé de 8 à 10 grammes de chlorure d'éthyle ; en répétant le traitement deux fois par jour pendant trois jours, l'auteur arrive à obtenir une notable amélioration déjà le deuxième jour et la guérison complète le troisième.

B. Taft.

Anesthésie générale par l'emploi du mélange de chloroforme et d'éther, par L. Fuster *(Nouveau Montpellier médical*, 31 juillet 1898). — M. Fuster est parvenu, par tâtonnement, à composer un mélange de chloroforme et d'éther qu'il résume par la formule $C^3\ E = 2$ de chloroforme pour 1 d'éther et qui lui a donné dans 1,500 cas d'anesthésie générale les meilleurs résultats. Voici les avantages du mélange proposé : facilité de préparation, car il suffit de verser dans un flacon une quantité d'éther anesthésique égale à la moitié du chloroforme employé et d'agiter quelques instants. Pas de flacon spécial, l'index comme compte gouttes et l'on verse sur une compresse ordinaire ou un châssis métallique garni d'une flanelle, par 5 ou 6 gouttes, prudemment, et de préférence au moment des inspirations, de façon à n'user jamais qu'une petite quantité de l'anesthésique pour les opérations les plus longues (50 à 80 gr. au plus). L'anesthésie peut être parfois obtenue très suffisante, sans que la résolution soit absolue, ce qui est ici moins dangereux qu'avec l'éther pur ou le chloroforme pur. Il n'y a pas d'ordinaire de période d'excitation ; les malades s'éveillent très calmes et reprennent immédiatement leur lucidité. Les vomissements post-opératoires sont plus rares. Le cœur se soutient bien, grâce à l'action de l'éther. Il n'y a pas à craindre la syncope tertiaire ou par intoxication qui assombrit considérablement les statistiques de l'anesthésie par l'éther. Inutile de dire que les qualités habituelles de l'aide chargé de l'anesthésie sont toujours de rigueur : le mélange $C^3\ E$ n'a jamais causé d'alertes sérieuses et appelle de nouvelles études.

Aug. Benoit.

Le pansement au bicarbonate de soude dans les suppurations, par Augé et Casteret (*Presse médicale*, n° 79, p. 179, 1898). — Le bicarbonate de soude a été utilisé pour la première fois dans les pansements chirurgicaux, par un médecin militaire russe, le Dr Guéorguiewski.

Le Dr Brucker, d'Alger, a employé le pansement bicarbonaté dans plus de 200 cas; il l'a utilisé surtout dans les plaies contuses et les abcès des membres; il s'en est servi aussi dans les plaies opératoires infectées. Toujours il a obtenu des résultats favorables. Récemment (juin 1898), M. Camescasse a communiqué à la Société de Thérapeutique, 2 cas de guérison de pustule charbonneuse, par des applications de bicarbonate de soude.

MM. Augé et Casteret ont employé le pansement bicarbonaté dans 60 cas, qui se répartissent ainsi : ampoules suppurées, 12; ampoules sphacélées, 6; panaris, 11; plaies, 15; abcès phlegmoneux, 6; dermatoses, 10.

Le pansement bicarbonaté se fait avec des compresses imbibées d'une solution bicarbonatée à 2 p. 100.

Il paraît réunir les avantages suivants :

1° Disparition rapide des phénomènes inflammatoires et de la douleur. Ce résultat est acquis dans les 24 ou 48 heures.

2° La suppuration est tarie en quelques jours.

3° Le traitement d'épidermisation est plus rapide qu'avec les pansements antiseptiques.

Le bicarbonate de soude n'est pas antiseptique; c'est parce qu'il est alcalin qu'il agit; l'action bactéricide du sang est due à son alcalinité et le bicarbonate rend à la partie malade son hémo-alcalinité. Il a encore un avantage, c'est de respecter l'intégrité de la fonction cellulaire, alors que les agents antiseptiques, en tuant les germes, altèrent aussi les cellules de l'organisme.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire, Cœur et Vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine.

Traitement des anévrismes par la gélatine, par LANCEREAUX (*Académie de Médecine*, 11 octobre 1898). — M. LANCEREAUX a traité jusqu'ici 5 malades atteints d'anévrismes de la crosse de l'aorte à l'aide d'injections sous-cutanées d'une solution de gélatine.

Il se sert d'une solution de 2 grammes de gélatine dans 100 grammes d'eau salée au titre physiologique. On injecte sous la peau de la fesse, dans le tissu cellulaire sous-cutané du malade, 250 cc. de cette solution. On renouvelle l'injection à intervalles variables (2 à 10 ou 12 jours). 10, 15, 20 injections suffisent généralement pour obtenir une guérison complète.

M. Huchard confirme les bons effets du traitement qui permet d'obtenir la guérison de gros anévrismes. Le seul inconvénient des injections est d'être très douloureuses.

M. Huchard, chez un phtisique atteint d'hémoptysies à répétitions, dues aux petits anévrismes de Rasmussen, a employé le même traitement. Les hémoptysies se sont arrêtées.

Ce qu'il faut surtout craindre, avec cette méthode, c'est la production d'accidents dus à la migration d'un caillot formé dans la poche anévrismale.

G. LYON.

Traitement de l'asthme bronchique, par VON NOORDEN (*70e Réunion des Médecins et Naturalistes allemands*, tenue à Dusseldorff, du 19 au 24 septembre 1898). — D'après VON NOORDEN, le traitement de l'asthme par l'atropine, mérite d'être remis en pratique. Pour en obtenir tout ce qu'il peut donner, on doit le continuer pendant 4 à 6 semaines. On commence par faire prendre chaque jour 1/2 milligramme d'atropine; puis, tous les deux ou trois jours, on augmente la dose d'un nouveau demi-milligramme, jusqu'à ce que l'on ait atteint la dose de 4 milligrammes; après cela, le médicament est prescrit à doses lentement décroissantes.

Il se fait ainsi une accoutumance progressive, qui met à l'abri d'accidents; néanmoins, une surveillance continuelle de la part du médecin est nécessaire.

L'usage prolongé de l'atropine éloigne les accès d'asthme, s'il n'existe pas en même temps de l'emphysème pulmonaire ou du catarrhe chronique des bronches.

G. LYON.

Action physiologique et thérapeutique de l'extrait fluide de cactus grandiflorus sur le cœur et la circulation (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1898). — ANISTIMOFF a fait 27 expériences sur différents animaux et particulièrement sur des chiens ; il est arrivé à constater ce qui suit :

La dose pharmacologique (0 gr. 20 par kilogramme d'animal), ralentit les contractions cardiaques et augmente la pression sanguine. Le ralentissement des contractions cardiaques résulte surtout de l'action exercée par le cactus grandiflorus sur les centres inhibiteur du cœur; quant à l'augmentation de la pression sanguine, elle est déterminée par un rétrécissement du vaisseau à la suite de l'irritation des centres vasomoteurs de la moelle ainsi que par l'irritation des appareils névro-musculaires des vaisseaux périphériques eux-mêmes. A l'hôpital, l'auteur prescrivait l'extrait fluide de cactus grandiflorus à la dose de III à X gouttes, trois à quatre fois par jour, à des malades atteints de différentes affections cardiaques, et il a pu constater que le rythme du pouls se ralentit dans la majorité des cas, ou bien ne subit aucune modification ; la pression sanguine augmente, ainsi que la diurèse ; la dyspnée et la toux diminuent ; le cactus grandiflorus ne semble pas posséder de propriétés accumulatrices.

Anistimoff pense que l'extrait fluide de cactus grandiflorus est indiqué dans les affections où il s'agit de troubles fonctionnels du cœur, telles que la maladie de Graves, des palpitations nerveuses, etc.

B. TAFT.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Le morphinisme chronique et son traitement hors de l'asile (*Therap. Monatshefte*, octobre 1898). — Le Pr HIRT, de Breslau, a fait sur ce sujet une conférence à la *Réunion des Naturalistes allemands à Dusseldorf* (septembre 1898) : on doit poser comme règle fondamentale, qu'il est inutile d'instituer le traitement hors de l'asile, si la dose quotidienne de morphine injectée dépasse 0 gr. 25. Ces cas sont, du reste, exceptionnels, car on a d'ordinaire affaire à des doses de 0 gr. 10 par jour, en moyenne.

Le praticien ne doit, en second lieu, pas perdre de vue que le malade qui vient le prier de le guérir de sa morphinomanie, s'est toujours fait

quelques injections avant de se rendre à la consultation : ce n'est que dans cet état qu'il trouve l'énergie de vouloir guérir. Il ne faut donc pas tenir compte de l'état de santé dans lequel le patient paraît se trouver quand il se présente devant le médecin : on commencera par lui enlever seringue et solution, puis on le renverra chez lui et on ira l'examiner 8 à 10 heures plus tard : on pourra dans ces conditions se rendre compte du degré exact d'intoxication.

Le traitement devra débuter par la *suppression absolue et immédiate* : à la suite de cette suppression, le malade se trouve pendant 3 à 4 jours dans un état de prostration effrayant (l'auteur a observé 2 cas de suicide), compliqué des troubles gastro-intestinaux classiques, d'insomnie presque complète, etc. Le patient ne doit pas, à cette période, être laissé seul, et Hirt ne permet, comme société, qu'une personne du sexe féminin : cette condition est pour l'auteur indispensable, car la femme seule est capable de déjouer les ruses du morphinomane et de le soigner avec la persévérance et le dévouement nécessaires.

Il faudra se garder, au cours des premiers jours, de permettre l'abus de liquides alcooliques, et ne chercher qu'une seule chose, *rendre le sommeil aux malades*. Les deux premiers jours, la garde administrera quotidiennement 3 à 4 grammes de chloral, le 3e et 4e jour, 3 à 4 grammes de trional. Le sommeil, ainsi obtenu, d'abord calme, redeviendra agité vers le 3e jour; à ce moment, on donnera un bain à 35° environ, de 30 minutes de durée, se terminant par une affusion sur la nuque et le dos d'eau à 25°. Puis, on commencera à prescrire une alimentation substantielle, et on permettra la lecture et une petite promenade quotidienne.

Dans la plupart des cas, c'est vers le 4e ou 5e jour que le vrai traitement pourra commencer, Il consiste dans les *pratiques de l'hypnotisme*, ou, mieux encore, dans la *suggestion systématique*. Le morphiniste est très difficile à suggestionner; ce n'est souvent qu'au bout d'une semaine d'efforts que le traitement commence à agir; bientôt le malade languit après le moment où a lieu la séance, qui ne consistera qu'a provoquer un état léger d'obnubilation, obtenu par fixation d'un objet; on entretient cet état pendant trois quarts d'heure à une heure, 2 fois par jour, et l'on fait, au cours de la séance, environ 10 suggestions intensives. Le traitement sera continué jusqu'au moment ou le malade ressentira un dégoût profond pour la morphine et une crainte insurmontable à l'égard de ses effets nocifs.

Sur 34 malades ainsi traités hors de l'asile (68 0/0 d'hommes), 27 furent guéris dans un laps de temps variant entre 21 jours et 8 mois; il y eut deux suicides; les 5 malades restants, refusèrent de continuer le traitement ou furent des récidives. On ne peut considérer comme guérisons que celles qui remontent à 1 an 1/2, 2 ans; pour les morphinomanes médecins, il est indispensable d'exiger d'eux qu'ils ne fassent plus d'injections de morphine à leurs malades.

Les récidives seront soignées d'après les mêmes principes.

E. Vogt.

Traitement des névralgies et des céphalées par le spray à l'éther (*Therap. Monatshefte*, octobre, 1898). — Hamm a obtenu avec l'ancien appareil de Richardson des résultats tout à fait remarquables dans des cas de névralgie intéressant les nerfs crâniens et le sciatique, ainsi que dans un cas de goutte typique du gros orteil. Un seul cas (névrite du trijumeau), s'est montré réfractaire, En général, une seule application a suffi : il faut arriver à la production d'une petite couche de glace sur la peau et il n'est pas nécessaire de protéger la peau environnante.

E. Vogt.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale. (*Société de Chirurgie*, 12 octobre 1898). — La plupart des auteurs sont unanimes à déclarer que les grandes interventions telles que l'extirpation des centres ganglionnaires donnent des résultats incertains, sinon de véritables désastres. M. Poirier, à l'encontre de M. Guinard, a des raisons de considérer l'extirpation du ganglion de Gasser comme très dangereuse : un de ses opérés eut une hémorragie veineuse très gênante pendant l'opération, un écoulement de liquide céphalo-rachidien par une éraillure de la dure-mère et succomba à la fin de l'opération du choc protubérantiel (?). M. Schwartz vient narrer à son tour, qu'après avoir vu échouer chez un malade l'arrachement du nerf sous-orbitaire, il tenta l'ablation du ganglion de Gasser. Il y eut une abondante hémorragie, de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien et, finalement, récidive au dixième jour. Son opéré, en outre, vit se former consécutivement une ulcération de la cornée et est devenu aveugle du côté gauche. Le bilan, on le voit, n'est pas encourageant. De cette discussion ressort cependant un fait certain, que M. Reynier a eu le mérite de bien préciser : il y a lieu de distinguer entre les édentés et les individus jeunes atteints de névralgies du trijumeau. Chez les premiers, la *résection du bord alvéolaire* donne chaque jour d'incontestables succès, en supprimant ces neuromes, auxquels on rapporte, à tort ou à raison, la production des névralgies exacerbantes, par analogie avec les renflements nerveux observés dans les moignons douloureux. Chez les malades de la deuxième catégorie, on

ne saurait rien attendre d'un pareil mode de traitement.

Aug. Benoit.

Névralgie du trijumeau traitée chirurgicalement, par M. Molin (*Société des Sciences médicales de Lyon*, juin 1898). — Au moment où l'on discute l'opportunité des opérations sur les ganglions crâniens, pour guérir les névralgies intolérables de la face, nous appellerons l'attention sur cette simple observation qui a pour objet une récente opération de M. Jaboulay; il s'agis sait d'un malade qui subit pour la première fois l'intervention suivante : les trois nerfs *sus-orbitaire*, *sous-orbitaire*, et *mentonnier* furent sectionnés à l'issue de leurs canaux osseux, puis les bouts inférieur et supérieur de chacun arrachés par enroulement autour d'une pince hémostatique. Résultat : plusieurs mois de soulagement suivis d'une récidive douloureuse. La chirurgie allait cette fois procéder à l'ablation du ganglion de Gasser, lorsqu'il eût l'idée de repasser le bistouri dans les deux premières incisions sus et sous-orbitaires, et de sectionner tous les tissus jusqu'au périoste. Le résultat fut excellent, et le malade a vu ses douleurs disparaître totalement. Cette intervention très bénigne pourrait suffire, ce qui prouve que l'on doit tout d'abord épuiser tous les moyens d'action sur les portions périphériques des nerfs malades.

Aug. Benoit.

De l'hypnose comme méthode thérapeutique contre l'abus du tabac (*Wratsch*, n° 29, 1898) — Trapeznikoff publie à ce sujet un fort intéressont travail.

Les malades qu'il a soumis à la suggestion hypnotique étaient principalement des militaires, officiers et soldats. On endormait les malades en leur faisant fixer un objet brillant.

Dans quelques cas aussi on se bornait à faire une suggestion verbale. Les malades s'endormaient très facilement, en général; un certain nombre d'entre eux, cependant, n'ont pu être endormis. La quantité de tabac que les malades fumaient variait de 1 à 2 livres 1/2 par mois.

Le nombre total des malades soumis au traitement a été de 27; les séances de suggestion étaient répétées pendant un laps de temps variant de 3 à 6 jours; voici les résultats obtenus :

Huit malades ont complètement cessé de fumer; quatre n'ont pas fumé pendant quatre jours qui ont suivi la séance; cinq n'ont pas fumé pendant une ou deux semaines. Six n'ont pu être endormis; on manque de renseignements sur un malade.

L'auteur, en se basant sur ces expériences peu nombreuses, croit pouvoir conclure qu'on « possède dans la suggestion hypnotique un très bon moyen thérapeutique contre l'abus du tabac, moyen d'autant plus précieux qu'il est unique ».

B. Taft.

Ophtalmologie

Dr Kopff

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

Kératectomie totale combinée, suivie de suture, par M. le professeur Panas, *Archives d'ophtalmologie* (septembre 1898). — M. le professeur Panas propose une opération qui a pour but de remplacer dans certains cas l'énucléation qu'il considère comme une véritable mutilation. L'ophtalmologie, comme les autres branches de la chirurgie, tend à devenir de plus en plus conservatrice et, dans les cas de traumatismes oculaires graves, où, par exemple, par crainte d'ophtalmie sympathique, on énucléait sur-le-champ, la conservation devient la règle dans la majorité des cas. Dans son travail il s'occupe de la grande classe d'yeux perdus, en tant que vision, par staphylôme cornéen ou par glaucome chronique absolu et incurable. L'opération qu'il propose sous le nom de kératectomie totale combinée est essentiellement conservatrice et il l'a pratiquée jusqu'ici dans 200 cas, dont beaucoup ont pu être suivis usqu'à huit ans après l'intervention. Il n'a qu'à se louer de l'excellence de cette méthode, tant au point de vue curatif qu'au point de vue esthétique. Ce procédé consiste à embrocher de part en part le limbe scléro-cornéen avec l'aiguille demi-courbe de Reverdin, qu'on fait cheminer derrière l'iris et le cristallin. On passe nn fil de soie au chas de l'aiguille laissée en place. Ce fil servira, par la suite, de premier point de suture médian. Puis, on résèque la cornée à sa base, avec un couteau de Gräfe, à la jonction de la portion transparente et du limbe demi-opaque. On détache rapidement, à l'aide de petits mouvements de scie, les quatre cinquièmes de la cornée, se réservant de couper le dernier cinquième d'un coup de ciseaux. Dans les yeux staphylomateux, la majeure partie de l'iris, qui est adhérente à la cornée, se trouve emportée du même coup; tàndis que, sur les yeux glaucomateux, l'iris est arraché après coup, au moyen d'une pince, de façon à libérer l'angle iridien de filtration, dans la plus grande étendue possible.

Le cristallin est ensuite extrait en entier avec la cuiller. On suture alors le moignon, en reti-

rant l'aiguille de Reverdin qui avait été laissée sur place, munie de son fil. Puis, de chaque côté, on passe une autre aiguille courbe munie de fil à travers le limbe scléro-cornéen.

Les deux angles latéraux de la ligne de suture sont abrasés avec les ciseaux, pour que le moignon revête une forme régulièrement ronde, nécessaire à une exacte coaptation de la coque de verre prothétique. Les fils sont enlevés vers le septième jour et l'on continue l'application du bandage ouaté sec pendant huit à dix jours encore.

Les bons résultats obtenus au moyen de cette opération dans les yeux glaucomateux, douloureux, durs et enflammés au moment de l'opération et qui restent ensuite indéfiniment mous et même hypotones, prouvent que l'iridodialyse totale combinée à l'extraction du cristallin, constitue une excellente opération antiglaucomateuse.

Cette opération diffère de celle de Critchett, par la résection limitée à la seule cornée, par la dialyse totale de l'iris et par l'extraction du cristallin; ensemble d'où dérive son action antiglaucomateuse.

L'auteur espère que le procédé, applicable à une grande classe d'yeux perdus en tant que vision, presque toujours glaucomateux et non moins souvent douloureux, contribuera à reléguer l'énucléation parmi les opérations exceptionnelles. Lorsqu'il s'agit de panophtalmiel avec ou sans présence de corps étrangers, il donne la préférence à une opération également conservatrice: l'exentération.

P. Kopff.

Les injections sous-conjonctivales de sublimé dans le traitement de la conjonctivite blennorrhagique, par le Dr Syklossi, de Budapest (*Annales d'Oculistique*, juillet 1898). — L'auteur, très partisan de la méthode des injections sous-conjonctivales de sublimé, en général, les a employées depuis 1894 dans 112 cas d'ophtalmogonorrhée aiguë, surtout avec complications cornéennes, mais aussi sans ces complications lorsque l'ophtalmie peut être considérée comme, maligne, ou lorsque ces complications semblent inévitables.

L'expérience lui a prouvé que l'injection sous-conjonctivale met un frein puissant à l'infiltration, à l'ulcère infiltré et même quelquefois à la névrose. Le sublimé pénètre-t-il comme tel dans l'intérieur de l'œil ou au moins entre les lamelles de la cornée et agit-il ainsi comme antiseptique? Ou bien le bon effet obtenu provient-il uniquement de l'accélération de la circulation de la lymphe, comme le prétend Mellinger? La pratique semble donner raison à l'opinion de Mellinger.

P. Kopff.

Causes et traitement de la kératite phlycténulaire, par William Wilder (*Médicin*, mars 1898, p. 212). — L'auteur résume brièvement les causes de la kératite phlycténulaire et rattache son origine fréquente à la diathèse scrofuleuse.

Comme traitement il donne la première place aux reconstituants généraux; l'œil doit être préservé de la lumière par des verres foncés. La cocaïne est indiquée pour combattre la photophobie et le blépharospasme.

Dans la période aiguë, lorsqu'il existe des ulcères cornéens, les applications locales de pommade à l'oxyde jaune de mercure sont indiquées. Elles donnent souvent de très bons résultats.

Comme médication reconstituante, prescrire : l'huile de foie de morue, l'iode sous forme d'iodure de fer, l'arsenic, la quinine, le fer et les hypophosphites,

A. Chassevant.

Thérapeutique de l'obstruction des conduits lacrymaux, par le Dr Tripier (*Société française d'Electrothérapie*, séance du 21 octobre 1898). — M. Tripier, après avoir rappelé ses tentatives avec Desmarres pour substituer la chimicaustie à la dilatation, dans les conduits lacrymaux, comme il avait fait pour l'urèthre, renonça vite à cette opération et se montra très partisan de l'ouverture artificielle du sac lacrymal pour pénétrer dans le canal nasal dont les affections seraient le point de départ le plus habituel des obstructions ou catarrhes des premières voies.

Il renonce à peu près aujourd'hui à ce plan de traitement pour faire des fosses nasales la base d'opérations dans le traitement des obstructions des conduits lacrymaux ou du sac. Extérieurement, il attaquait le sac par la faradisation. Du côté des narines, il a recouru à la voltaïsation caustique contre les végétations polypeuses, à la voltaïsation non caustique et au souffle franklinien contre les états inflammatoires divers, aux pulvérisations iodurées ou sulfureuses, dans les cas où les états ci-dessus reconnaissent une origine diathésique.

Parti de tentatives pour remplacer l'incision des conduits lacrymaux par une opération équivalente, il s'est trouvé conduit à renoncer à son opération et à proscrire en même temps celle de Bowmann, qu'il accuse, après avoir paru rationnelle, d'être devenue quelque peu machinale et sans objet utile.

R. Blondel.

Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'électrolyse (*The Philadelphia Polyclinic*, 25 juin 1898). — Lindsay Johnson procède de la façon suivante : il retourne la paupière, la fixe solidement, et fait sur la conjonctive des inci-

sions horizontales et verticales, puis il applique successivement dans chaque plaie une électrode en platine et fait passer un courant monopolaire de 30 m. A. Des compresses d'eau glacée et des lavages modérément antiseptiques constituent le traitement consécutif. Snell supprime les incisions préliminaires et ne se sert que de courants de 5 m. A.

En résumé, la méthode ne peut suffire à amener une guérison radicale, mais la dégénérescence chimique des tissus électrolysés permet d'obtenir une résorption facile, et l'on évite ainsi la formation de cicatrices épaisses et résistantes.

E. Vogt.

Comment empêcher la production d'une ophtalmie chez le nouveau-né, par Bar *(Journal des Praticiens*, n° 32, p. 503, 1898). — Les procédés vraiment prophylactiques consistent à agir directement sur les yeux de l'enfant au moment de la naissance.

On a proposé de laver les yeux dès la naissance :

1° Avec une solution boriquée. C'est un procédé mauvais, insuffisant.

2° Avec une solution de sublimé. Tout d'abord il convient de se mettre en garde contre l'emploi de solutions de sublimé contenant de l'alcool.

Ces solutions sont très mal supportées et provoquent des conjonctivites souvent violentes. Il ne faut se servir que de solutions de sublimé sans alcool au titre de 1/1000 à 1/4000. M. Bar a abandonné ce procédé, qui est insuffisant.

On peut exprimer du jus de citron dans les yeux ; c'est un procédé commode, mais infidèle. Le mieux est encore de recourir à la vieille méthode de Crede : les instillations d'une solution de nitrate d'argent.

L'enfant né, on *essuie* immédiatement *(on ne lave pas)* les yeux avec de l'ouate sèche et on instille dans chaque œil une goutte de collyre au nitrate d'argent au centième. On essuie avec de l'ouate sèche les quelques larmes qui coulent, et tout est fini.

Il est fréquent d'observer, pendant les heures qui suivent, de la rougeur des conjonctives, voire même une légère suppuration qui peut se continuer pendant deux jours. Le mieux est alors de ne pas laver les yeux, mais seulement de les essuyer avec de l'ouate sèche.

Cette méthode étant inoffensive, et, d'autre part, les conséquences d'une infection conjonctivale étant très graves, on ne doit pas hésiter à faire chez tous les enfants cette instillation de nitrate d'argent, alors même qu'il ne semble y avoir aucune chance de conjonctivite.

G. Lyon.

Maladies vénériennes, Maladies de la Peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Les injections intra-musculaires de sérum artificiel bichloruré hydrargyrique, faites à doses fortes et éloignées dans le traitement de la syphilis *(Journ. de méd. de Paris*, 16 octobre 1898). — M. Chéron, médecin de Saint-Lazare, remarquant que le principal grief fait aux injections des sels solubles était l'assujettissement du malade et du médecin à l'emploi quotidien de l'injection ; qu'en outre, l'injection massive de sublimé, faite au moyen de la solution aqueuse concentrée d'Œstreicher, était fort douloureuse, a trouvé une heureuse modification de la méthode de ce dernier auteur.

M. Chéron avait, avec succès, traité l'adynamie secondaire par les injections de sérum artificiel ; il eut l'idée d'incorporer à son sérum le mercure sous sa forme la plus soluble et la plus active, celle du sublimé.

Et, à l'aide d'une aiguille en platine iridié de 0 m. 035, il injecte dans la fossette retrotrochantérienne 0 gr. 05 de bichlorure, dissous dans 20 grammes d'eau, au moyen de la solution formulée comme suit :

Bichlorure Hg.....	0 gr. 50
Na Cl	2 gr.
Acide phénique neigeux....	2 gr.
Eau distillée stérilisée.....	200 gr.

Avec ce procédé, l'auteur n'a eu à redouter ni chaleur, ni gonflement ; la douleur est à peu près nulle ; elle n'est ni prochaine, ni consécutive en ayant soin d'aller en plein muscle, et pas plus profondément que la longueur d'aiguille indiquée.

Dans les formes graves de syphilis, on peut augmenter la quantité de bichlorure : la tolérance est très grande (jusqu'à 0 gr. 08 et même 0 gr. 10).

L'injection doit être faite tous les six ou huit jours, suivant la rapidité d'action qu'on juge nécessaire. La solubilité du sel assure une élimination régulière du mercure, comme l'indiquent les nombreuses analyses d'urine pratiquées.

Les résultats obtenue sont très rapides. Quatre ou cinq injections, quelquefois un plus petit nombre, suffisent pour amener la disparition des lésions syphilitiques. Si l'on a affaire à une syphilis maligne et résistante, on peut sans inconvénient augmenter le nombre des injections.

La vraie stomatite n'a jamais été constatée. Ce n'est que dans les cas de mauvais entretien de la bouche que quelques rougeurs et quelques érosions légères ont été observées au niveau de la couronne des molaires. Ces lésions ont disparu sans soins spéciaux.

Les injections intra-musculaires de 0 gr. 05 de bichlorure de mercure en solution *dans 1 cc.* d'eau salée sont mal supportées; elles sont douloureuses, elles donnent lieu souvent à de la rougeur des téguments et à de la chaleur, pendant plusieurs jours; c'est donc à la dilution du bichlorure dans une grande quantité de liquide et à l'action analgésique de l'acide phénique qu'est due la manière facile et indolore dont le sérum bichloruré en injections intra-musculaires est supporté.

En même temps que disparaissent les lésions, l'état général s'améliore, la tension artérielle se relève, le nombre des globules et l'hémoglobine augmentent.

Bien que je ne puisse m'empêcher d'éprouver quelque crainte au sujet de la quantité de sublimé injectée en une fois, je trouve le procédé de M. Chéron des plus heureux et des plus intéressants. Je me promets bien de l'employer à la première occasion : j'y vois au moins l'immense avantage de remplacer d'une façon presque adéquate les injections intra-veineuses, qu'à l'instar de plusieurs de mes collègues les plus... « progressistes » de Paris, je n'ai jamais osé employer.

MOREL-LAVALLÉE.

Les préparations iodées et leur dosage dans le traitement de la syphilis (*Therap. Monatshefte*, octobre 1898). — RADESTOCK voudrait voir augmenter les doses d'iode prescrites pour combattre le tertiarisme. Il faudrait arriver à 10 et même 20 grammes par jour. Schuster, d'Aix-la-Chapelle, possède l'observation d'un malade qui ingéra, par erreur, 25 grammes d'iodure de potassium en une fois et ne ressentit aucun inconvénient. Pour faire supporter ces hautes doses (qui ne donnent pas un coryza plus fort que les doses faibles) par l'estomac, il faut les diluer dans beaucoup d'eau. Pour la teinture d'iode, on peut en donner trois fois par jour, 10, 20 et même 30 gouttes dans du sirop ou du vin coupé d'eau, sans que le malade ne soit en rien incommodé.

E. VOGT.

L'emploi du naftalan dans les dermatoses et la syphilis (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, août 1898). — ROHLEDER a expérimenté sur une grande échelle ce nouveau produit, introduit dans la thérapeutique par Rosenbaum de Tiflis. On sait qu'il s'agit d'une masse de la consistance d'un onguent, de couleur noir verdâtre, répondant une odeur empyreumatique faible, de réaction neutre. Le point de fusion est très élevé (65-70° c.), aussi n'observe-t-on pas de fluidification sous l'influence de la chaleur de l'été ou du contact de la peau.

Le naftalan a reçu son nom d'une localitité du Caucase, où on l'extrait d'un bitume naturel qui se trouve en abondance en cet endroit. C'est donc une sorte de goudron : il en présente d'ailleurs les indications thérapeutiqnes.

Pour obtenir une émulsion on fera le mélange suivant :

Naphtalan.....	aà	5 gr.
Huile d'olives.....		
Gomme arabique,.....		7 gr. 5
Eau.....		100 gr.

Usage externe.

Pour l'injection sous-cutanée, on peut se servir d'une solution huileuse à 3 0/0, préparée à chaud.

On peut incorporer le naftalan aux suppositoires (à 25 0/0), aux bougies uréthrales (20 0/0).

Le naftalan ne présente aucun avantage marqué dans le traitement des *affections vénériennes*.

Dans l'*eczéma aigu*, il agit d'une façon marquée sur le prurit, la sécrétion : l'auteur n'a constaté aucun symptôme d'irritation dû à son emploi. On l'applique en nature sur les points malades.

Mêmes résultats satisfaisants dans l'*eczéma chronique*, et surtout dans les *eczémas professionnels* : dans les cas de ce genre, aucun autre médicament n'est aussi promptement efficace.

Dans le *psoriasis*, le naftalan rend des services grâce à l'absence de propriétés irritantes.

Dans une série d'autres dermatoses, les résultats ont paru peu probants,

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Le naftalan représente un bon topique dans le traitement de l'eczéma, (à l'exception de certains eczémas aigus très enflammés), et un médicament excellent dans les cas de dermatoses professionnelles. 2° On ne doit pas négliger son emploi dans le *psoriasis vulgaire*. 3° C'est un médicament réducteur, comparable sous ce rapport à l'ichthyol, au soufre, etc. : il faut en essayer l'emploi dans les cas où ces derniers topiques sont indiqués. 4° Sous forme de suppositoires, le naftalan semble donner des résultats favorables dans le traitement de la prostatite catarrhale aiguë ou chronique,

E. VOGT.

De l'aoitcn de l'extrait aqueux de pinus sylvestris dans les affections cutanées (*Wratsch*, n°29, 1898). — MARTENS a employé l'extrait aqueux en question, soit à l'état pur, soit en mélange avec différentes substances médicamenteuses (ichtyol, goudron de hêtre, chrysarobine, acide pyrogallique, etc). L'extrait est appliqué sous forme de badigeonnages.

Parmi ses propriétés physiques, il faut mentionner : 1° Le dessèchement est rapide (après un laps de temps variant de 5 à 15 minutes, suivant l'épaisseur de la couche). 2° Les régions badigeonnées conservent leur élasticité naturelle ce qui permet aux malades de fléchir, par exemple, le bras lorsqu'on a badigeonné l'articulation de coude. 3° On enlève facilement ce qui reste de l'extrait, après qu'il s'est desséché, avec un peu d'eau (les graisses, l'huile d'olive, par exemple, restent sans effet). 5° Le malade peut, non seulement quitter le lit, mais encore vaquer à ses occupations habituelles. 5° L'extrait aqueux en question se dissout très facilement dans l'eau, la glycérine et un grand nombre de substances médicamenteuses.

Quant aux inconvénients, il faut indiquer le refroidissement des régions badigeonnées, à tel point que les malades — surtout si la région badigeonnée est fort étendue — se plaignent vivement d'avoir froid. En outre, sous l'influence de la chaleur et des sécrétions cutanées, l'extrait aqueux de pinus sylvestris devient visqueux et adhère au linge. On peut, du reste, en diminuer la viscosité en mettant une couche aussi mince que possible et en saupoudrant les régions badigeonnées avec une poudre quelconque.

En ce qui concerne l'action thérapeutique de cet extrait aqueux, elle consiste en ceci, d'après au moins les observations peu nombreuses qu'on a pu faire jusqu'à présent :

1° Le prurit disparaît rapidement (en l'espace de deux à trois jours).

2° L'hypérémie diminue également et, dans certains cas (herpès tonsurans), l'extrait aqueux exerce une action antiseptique.

Ajoutons que les portions saines de la peau se sont peu irritées par l'extrait. Les contre-indications sont les mêmes que pour les préparations goudronneuses. Dans l'eczéma desquamant l'extrait se montra inefficace. Il n'est pas inutile de faire remarquer que l'extrait aqueux de pinus sylvestris ne présente aucun danger comme l'ont démontré les cas où l'on a fait des badigeonnages très étendus. La température restait normale; la quantité d'urines diminuait en même temps que son poids spécifique augmentait notablement. D'une façon générale, la toxicité des urines pendant les badigeonnages semblait augmenter quelque peu.

B. TAFT.

Pratique dermatologique (*Therap. Monatshefte*, octobre 1898). — SAALFELD utilise avec succès, pour le traitement de diverses dermatoses de la face (acné pustuleuse, indurée, rosacée, séborrhée, sycosis vulgaire de la face, etc.), un appareil consistant en un entonnoir à doubles darois, recouvert d'un revêtement en amiante. On remplit les parois creuses de l'entonnoir avec de l'eau chaude; sous l'entonnoir, en un point où le revêtement d'amiante fait défaut, on allume une lampe à esprit de vin. En arrière de l'entonnoir couché horizontalement, se trouve un appareil à inhalation à lampe, dont le tube d'échappement aboutit dans la cavité de l'entonnoir à travers la partie pointue de celui-ci. On allume les deux lampes et le malade applique son visage sur la partie évasée de l'entonnoir. Un thermomètre permet de connaître la température de l'eau circulant dans les parois de l'entonnoir : si celle-ci atteint 55°, on peut compter que la vapeur d'eau provenant de l'appareil à inhalation, et circulant dans l'espace limité par l'entonnoir, présente une température de 45°. Dans l'eau du petit godet de verre de l'appareil à inhalation, on versera un peu d'esprit de savon. L'appareil doit marcher de 5 à 15 minutes, suivant l'intensité de l'affection, et les séances auront lieu tous les jours ou 2 ou 3 fois par semaine.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Traitement de l'épididymite blennorrhagique par les applications de glace (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1er août 1898). — UNNA croit que la défaveur dont jouit ce traitement tient à des erreurs de technique : pour cet auteur, les applications de glace constituent de beaucoup le meilleur traitement de l'épididymite suraiguë; pour les formes plus bénignes, l'emploi de la glace est moins facilement accepté des malades, car il exige le repos au lit.

La glace agit en *mettant en jeu la contractilité du dartos*, ce qui favorise la résorption de l'exsudat : mais, pour obtenir l'effet constrictif, il faut mettre le dartos en état de contracture maxima permanent. La glace ne doit jamais faire défaut en cours de traitement, même la nuit. La vessie de glace sera à moitié remplie de morceaux pas trop petits. Les testicules reposeront sur une serviette tendue par-dessus les

cuisses; entre le testicule et la serviette, on placera une pièce de tissu imperméable. Entre la vessie et le testicule, il sera bon d'interposer une couche d'ouate imbibée d'eau blanche. Il faut, en outre, que la région traitée ne se trouve pas influencée par la chaleur du lit. Un cerceau suffira à obtenir ce résultat; on peut y attacher un fil auquel sera fixée la vessie de glace, de façon à empêcher que le poids de cette dernière n'incommode le patient.

Si on ne peut faire le traitement que pendant la nuit, il sera bon de pratiquer, pour la journée, un badigeonnage au collodion ichthyolé (10 0/0).

E. Vogt.

Note sur quatre cas de résection du cordon pour hypertrophie prostatique, par M. A. Malherbe, de Nantes. (*Association française d'Urologie*, 21 octobre 1898). — L'opération consiste à réséquer en masse tous les éléments du cordon. Elle est excessivement simple. Après une incision des téguments on charge le cordon et on le coupe entre deux ligatures. Les résultats ont été une amélioration très nette, une guérison en apparence complète et un cas sans résultat. Un des malades, polyurique et œdémateux, a succombé sans que ses plaies eussent présenté aucun phénomène anormal. Comme complication, on a observé un œdème des bourses assez marqué pendant 12 à 15 jours. Ces faits sont insuffisants pour permettre de juger dès à présent la valeur de cette opération.

R. Blondel.

Sur un cas d'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin. Nouveau procédé autoplastique, par M. le Dr Phocas de Lille. (*Congrès français de Chirurgie*, 25 octobre 1898). — Dans un cas d'exstrophie de la vessie sur une fillette de treize mois, M. le Dr Phocas a exécuté le procédé suivant. Le mont de Vénus était divisé en deux par l'exstrophie vésicale. En rapprochant ces deux bourrelets cutanés, on recouvrait en partie la vessie exstrophiée. Cette disposition a été mise à profit de la manière suivante. Les deux plis cutanés ont été rapprochés par les mains d'un aide devant la vessie. Le chirurgien a avivé ensuite les bords internes de ces plis, en taillant sur chaque bord un lambeau à la Mirault, adhérent par son bord supérieur; des fils d'argent ont réuni les deux bords avivés. Quant aux deux lambeaux adhérents, ils ont été conduits en haut, réunis entre eux, et attachés par des fils d'argent au pourtour de la partie supérieure de la vessie.

De cette façon, toute la surface exstrophiée a été recouverte de peau. Par la partie inférieure sortent les deux sondes urétérales, qu'on a eu soin de placer dans les deux urétères. Ce procédé offre l'avantage de recouvrir la vessie par une portion cutanée, à l'aide de lambeaux cutanés, sans rien sacrifier. S'il échoue, on n'aurait à déplorer aucune perte de substance. Ce procédé n'est applicable qu'au sexe féminin.

R. Blondel.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité à l'hôpital de la Charité.

Nature et traitement de la rétroversion utérine : un procédé de vagino-fixation, par M. G. Richelot (*Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Marseille*, 8 octobre 1898). — Beaucoup de chirurgiens ont abusé des opérations destinées à redresser l'utérus rétrodévié, et n'assurant contre la récidive qu'à la condition de donner à l'utérus une position forcée et de créer soit de nouvelles douleurs, soit des obstacles au libre cours de la grossesse et de l'accouchement. D'autres auteurs, réagissant contre cette tendance, attachent peu d'importance à la rétrodéviation et ne veulent tenir compte que des lésions concomitantes, métrite, relâchement périnéal, salpingite, etc. Ils proscrivent le redressement opératoire, l'hystéropexie, soit par le vagin, soit par l'abdomen. Ils accordent cependant qu'il est bon de fixer l'utérus dans une position normale, mais se bornent à l'emploi du pessaire et de la ceinture hypogastrique. Il y a des cas, sans doute, où la déviation n'est qu'un épiphénomène sans importance au milieu des lésions infectieuses de la cavité pelvienne. Mais il y a aussi des rétroversions indépendantes, qui méritent d'être traitées pour elles-mêmes. Elles surviennent chez les arthritiques nerveuses; elles ont pour cause, même en l'absence de toute distension produite par la grossesse et l'accouchement, même chez les vierges, le relâchement des tissus fibreux et en particulier des ligaments utérins. L'utérus dévié est en même temps congestionné et névralgique; il l'est en l'absence de toute infection surajoutée et parce que la malade est une arthritique nerveuse ; d'autre part, la congestion et la douleur sont entretenues par la position vicieuse, les troubles vasculaires qui en résultent, la flexion au niveau de l'isthme, les compressions anormales. Or, souvent la réduction fait cesser comme par enchantement tous les troubles, Il y a donc un traitement de la rétroversion : il y a des rétroversions qu'il faut réduire, et il vaut mieux chercher à perfectionner les moyens efficaces que d'en nier la valeur.

La question ainsi posée, le traitement de la rétrodéviation utérine se compose de trois termes : *a*) pessaire et ceinture abdominale ; *b*) massage utérin ; *c*) hystéropexie.

La ceinture n'est qu'un utile auxiliaire. Le pessaire peut être efficace dans les cas simples, mais il est illusoire ou impossible chez beaucoup de femmes. Le massage est infiniment supérieur. Il rend de grands services ; il amène la décongestion de l'utérus et la réduction spontanée ; il triomphe d'adhérences légères ; il convient aux cas d'étiologie complexe où l'infection joue un rôle, en provoquant dans le tissu utérin des modifications nutritives que le traitement chirurgical de la métrite a pu laisser inachevées. Mais il est d'une application délicate, quelquefois impossible, et il ne met pas toujours à l'abri des récidives. Le traitement opératoire mérite notre confiance et ne doit pas être abandonné comme on l'a dit. La première condition, c'est de ne pas opérer un utérus trop malade, et de guérir d'abord la métrite si elle existe ; on peut cependant réserver pour le jour même de l'hystéropexie une opération sur le col ou sur les ovaires polykystiques. L'hystéropexie abdominale est une excellente opération, qu'on a trop calomniée. Elle favorise la conception et guérit bon nombre de femmes. Les accidents pendant la grossesse, les présentations vicieuses et les dystocies sont le résultat d'une mauvaise technique, de la fixation du fond de l'utérus, car l'utérus gravide se développe surtout par son fond, et, pour qu'il ne soit pas gêné, il faut placer les fils exclusivement sur la face antérieure, au-dessous des orifices tubaires.

De même pour l'hystéropexie vaginale. Les procédés de Dührssen et de Mackenrodt assurent contre la récidive, mais ils sont responsables de nombreux accidents pendant la grossesse et à terme ; c'est qu'ils sont excessifs, donnent à l'utérus une position forcée, l'enclavent sous la vessie, et emprisonnent le fond de l'organe. Avant tout, le fond doit rester libre. Voici comment M. Richelot propose de simplifier et d'améliorer la vagino-fixation. Le col est attiré à la vulve au moyen d'une pince à traction. Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé transversalement, et on s'achemine avec précaution vers le cul-de-sac péritonéal qui, à son tour, est largement ouvert. On peut alors explorer le petit bassin, détacher quelques adhérences, etc., puis on procède à la fixation. Les parois vaginales étant écartées, on voit dans la plaie du cul-de-sac antérieur la surface péritonéale de l'utérus. L'organe saisi avec une pince-érigne à deux centimètres au-dessus de l'isthme, est attiré en avant, tandis qu'on ôte la pince à traction pour laisser le col se porter en arrière. L'utérus bascule et s'applique dans l'aire de la plaie vaginale, mais son fond reste caché. Il est bien entendu qu'on laisse le fond libre, qu'on ne l'insère pas dans la plaie, qu'on ne cherche pas à le voir. Alors, prenant dans une pince à disséquer la lèvre supérieure de l'incision dans sa moitié gauche (à droite de l'opérateur) et à quelque distance de la ligne médiane, on y enfonce l'aiguille courbe, on la fait cheminer transversalement dans la paroi antérieure de l'utérus, et sortir symétriquement dans la moitié droite de la même lèvre. Un premier fil (toujours du catgut) est ainsi placé. Il faut songer à ne pas blesser la vessie. Le trajet intra-pariétal de l'aiguille doit être à bonne hauteur, c'est-à-dire au-dessous de la région des cornes utérines, de manière à laisser le fond libre tout en permettant d'échelonner deux autres fils au-dessous du premier. Le second et le troisième sont placés de la même façon, au-dessus de l'isthme, bien entendu. En serrant les trois fils, on obtient une plaie verticale et médiane. Il reste à achever la réunion par quelques points de suture,

Le cul-de-sac vésico-utérin est supprimé et la surface utérine d'adhésion est unie au vagin lui-même dans toute sa hauteur. Elle n'est pas unie à la vessie et ne lui demande rien ; il ne s'agit, à aucun degré, d'une vésico-fixation. Elle est à peu près la même que dans l'hystéropexie abdominale, et doit avoir la même solidité. La seule différence est que l'utérus conserve sa place naturelle dans le petit bassin.

M. Albert Martin envisage la question au point de vue obstétrical, Selon lui il faut placer les fils très bas pour permettre une distension facile dans le cas d'une grossesse toujours possible. L'hystéropexie vaginale amène une antéversion exagérée et nécessite souvent une nouvelle opération ; l'hystéropexie abdominale a fait ses preuves, l'hystéropexie vaginale n'a pas fait les siennes : il attend le complément des études de M. Richelot.

M. Dubourg rappelle l'utilité du curettage, du massage utérin et du redressement avec l'Hegar dans les déviations utérines.

M. Pozzi dit qu'il ne veut pas parler des rétrodéviations dues à une métrite ou à une annexite, qui sont la majorité ; il s'occupe seulement des utérus sains, intacts qui restent en arrière ; il rappelle les résultats de la vagino-fixation en Allemagne, ou, à un moment donné, on a eu un véritable engouement pour cette opération. Ils ont été mauvais, car : 1° ou on fixe peu et cela ne tient pas ; 2° ou si on fixe trop haut, c'est au risque de compromettre l'évolution d'une future grossesse et d'amener des accidents dystociques. La vagino-fixation est bonne pour les utérus sains chez les femmes ayant dépassé la

ménopause (et il y en a peu) : il conclut en disant que l'hystéropexie vaginale est mourante à l'étranger où elle a eu tant de vogue.

M. Richelot insiste et dit qu'il faut que la surface utérine d'adhésion dans l'hystéropexie vaginale soit aussi grande que la surface utérine d'adhésion dans l'hystéropexie abdominale.

M. Kirsac fait une communication dans laquelle il préconise les grands lavages au sublimé dans la majorité des cas de laparotomie; il a eu 2 insuccès sur 71 cas.

R. Blondel.

Traitement des grossesses extra-utérines par M. P. Segond *(Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie de Marseille,* 8 octobre 1898). — M. P. Segond suit les divisions adoptées par Pozzi pour envisager à part les aspects que prend la grossesse ectopique suivant son âge, sa forme ou ses complications.

Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois. — I. *Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement.* — L'ablation totale, par laparotomie, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la laparotomie. Peut-être certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'évacuation par incision avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.

L'auteur insiste alors sur les cas particuliers suivants : *a*) siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal; *b*) siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire; *c*) grossesse tubo-interstitielle; *d*) coexistence, avec la grossesse ectopique, de lésions siégeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin (fibrome ou cancer).

II. — *Traitement des grossesses ectopiques qui ont moins de cinq mois et sont compliquées.* — *A. Traitement des complications hémorragiques.* — Dans la longue série des complications hémorragiques qui s'échelonnent depuis l'hémato-salpinx jusqu'à l'inondation péritonéale, il y a forcément des cas limites dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'hémato-salpinx et l'inondation péritonéale), et deux de ses termes intermédiaires (l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorragiques), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité. — L'incision simple de la poche avec nettoyage de la cavité, puis suture des parois et remise en place de la trompe ainsi réparée est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte par le vagin et d'autres par le ventre. Cette opération, très conservatrice et par conséquent séduisante, n'a sans doute que des indications exceptionnelles. Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'enlever la trompe gravide avec son contenu : les règles de traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement.

2° Traitement de l'hématocèle enkystée. — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorragiques et assez grosses pour réclamer l'intervention, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres.

3° Traitement de l'hématocèle à poussées hémorragiques successives. — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les indications respectives de la colpotomie et de la laparotomie sont pour ainsi dire renversées. On peut tenter la colpotomie. Mais, au moindre retour de l'hémorragie, il faut être prêt à laparotomiser sans l'ombre d'un retard.

4° Traitement des hémorragies profuses (inondations péritonéales). — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des hémorragies très abondantes susceptibles de s'enkyster et, par conséquent, justiciables de l'expectation. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorragie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 pour 100 de mortalité et l'intervention 85 pour 100 guérisons; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : en présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorragie, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tous cas, aussi précoce que possible.

B. Traitement des complications septiques et suppuratives. — Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'incision vaginale est, sans discussion possible, le traitement de choix

des hématocèles suppurées, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin. L'hystérectomie vaginale est l'opération la meilleure, quand il y a bilatéralité des lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un placenta trop gros, et que l'ensemble de la masse à enlever ne soit pas trop volumineux. L'ablation par laparotomie reste la seule opération rationnelle quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne.

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS. — Dans le traitement des grossesses de cette catégorie, la précision du diagnostic préalable reprend un peu ses droits. La laparotomie devient la seule opération possible dans tous les cas, sauf pour certains kystes fœtaux. Enfin, les questions à résoudre pour déterminer les règles opératoires les plus sûres se confondent, à tout instant, avec celles que soulève la chirurgie courante des grosses tumeurs abdominales. Adoptant la même division que pour les grossesses plus jeunes, envisageons à part les grossesses se développant sans accidents, jusqu'à l'extraction possible d'un fœtus vivant et viable, et les grossesses troublées dans leur évolution, soit par la mort du fœtus, soit par une complication proprement dite.

I. *Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant.* — Les deux seules questions à discuter sont celles-ci : quand et comment faut-il opérer ?

Quand faut-il opérer ? — Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est à terme. Lorsque le fœtus est vivant, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'intervention immédiate s'impose. Lorsqu'on est, au contraire, plus près de l'époque de viabilité, on peut essayer de sauver mère et enfant, à cette condition tout à fait irréductible que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère. L'expectation étant décidée dans les conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième ? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux circonstances le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

Comment faut-il opérer? — L'élytrotomie doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'extériorisation abdominale du sac avec abandon du placenta ; l'extériorisation avec ablation du placenta ; l'ablation totale du kyste fœtal.

II. *Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus. — A. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois compliquées d'hémorragie par rupture ou de péritonite suppurée.* — L'hémorragie par rupture commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la laparotomie d'urgence. L'extériorisation du kyste doit être tentée, mais les difficultés de l'hémostase exigent souvent des interventions plus complètes et notamment l'ablation complète du placenta. A son our, la péritonite suppurée ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie sans modifier la ntature de l'intervention.

B. — *Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort. — 1re Grossesse avec mort récente du fœtus.* — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant, au point de vue des complications hémorragiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention ; à cette condition, toutefois, que le retard ne dépasse jamais six semaines. Il importe, en effet, beaucoup de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal. La même similitude se retrouve dans le traitement : l'élytrotomie doit être repoussée. Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile ; hémorragie par décollement placentaire ; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), il faut, en règle générale, que l'intervention se borne a l'extraction du fœtus avec simple exériorisation du kyste et abandon du placenta.

2e Grossesse avec fœtus mort depuis longtemps. — L'élytrotomie reprend ses droits et devient une bonne opération, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas et ses résultats sont d'autant meilleurs que l'ablation du placenta est ici très indiquée. L'extirpation partielle du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui

reste de cette membrane, il faut alors faire un sac de dimension minimum, dont on assure le drainage par une courte ouverture vaginale. Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce dernier procédé peut être employé en cas de fœtus libre dans la cavité abdominale. alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, en cas de fœtus libre, il vaut mieux enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe, de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un sac complet, l'extirpation totale du kyste est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. Quant à la castration utéro-annexielle abdominale totale, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération.

3° Grosssesse ectopique devenue vieux kyste fœtal sans accident ou suppuré. — En général, c'est le kyste fœtal qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. Tantôt le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle relativement mobile. Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux. Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un kyste spontanément ouvert au niveau de l'abdomen dans le vagin, dans le rectum ou dans la vessie. Dans les deux premiers cas, leur incision n'est que l'agrandissement de la fistule préexistante. En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et inciser largement par l'abdomen ou le vagin. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils peuvent évacuer par l'urètre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois ; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par cystotomie ou laparotomie.

R. Blondel.

De la castration abdominale totale dans les affections septiques utéro-annexielles (*Congrès de Marseille*, in *Progr. méd*, 15 octobre 1898). — M. Jonnesco, de Bucarest, se déclare partisan de la voie abdominale ; après avoir cité sa statistique personnelle qui porte sur 23 cas, il dit que, par l'abdomen, on sait ce qu'on fait, et on voit ce qu'on fait. Pour éviter la suppuration consécutive aux sutures, il emploie des fils d'argent.

M. Richelot dit que ce qui importe c'est d'enlever l'utérus et que la laparotomie ne doit se faire que pour être suivie de la castration abdominale *totale*. Dans tout autre cas, il faut préférer la voie vaginale, par laquelle on peut avoir des opérations *incomplètes* (ce qui est permis) mais non pas des opérations *manquées* (ce qui ne l'est pas) ; il préfère l'hystérectomie vaginale qui donne moins de mortalité et avec laquelle on est maître du pus.

M. Kirsac se déclare quand même partisan de la voie abdominale.

M. Pozzi dit que ce n'est pas toujours l'utérus qui est cause de la douleur quand il y a des lésions bilatérales ; l'utérus sera cause de douleurs s'il est malade, sinon non, S'il y a catarrhe utérin, l'ablation des annexes suffira, dans l'immense majorité des cas, à le faire disparaître. Il y a deux autres éléments dont il faut tenir compte : 1° la présence des fils (il a renoncé à la soie et n'utilise plus que le catgut) ; 2° souvent on a affaire à des femmes nerveuses, neuro-arthritiques qui souffriraient même si on leur avait enlevé leur utérus. M. Pozzi, dans la grande majorité des cas, fait la laparotomie sans toucher aux annexes ; il insiste avec M. Richelot sur les cas à infection intense (femmes qui font un pyosalpinx rapide) et sur les cas de suppurations diffuses.

R. Blondel.

Valeur comparative de l'hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des fibromes utérins et du cancer du col (*Congrès de Gynécologie de Marseille*). — M. Dubourg, dans le traitement des fibromes utérins, est de moins en moins partisan de l'hystérectomie vaginale. C'est une méthode peu sûre, difficile parfois, longue et laborieuse si l'utérus descend mal ou présente un trop grand volume ; même dans les cas les plus simples, la septicémie ou l'hémorragie peuvent amener des désastres, sans compter tous les accidents qui peuvent résulter de la blessure de la vessie ou des urétères.

L'hystérectomie abdominale, mieux réglée, plus sûre, reste l'opération de choix. Sa statistique deviendra bien meilleure quand on ne la réservera plus seulement au cas les plus graves, comme on l'a fait jusqu'ici.

Elle sera partielle ou totale suivant le tempérament du chirurgien, ses habitudes opératoires, et aussi suivant chaque cas particulier. L'auteur la préfère partielle pour les petits fibromes, mobiles avec intégrité des ligaments larges et du col utérin ; totale pour les cas plus compliqués, où de grands désordres dans le tissu cellu-

laire pelvien sous-ligamenteux autoriseront à faire un drainage par la brèche vaginale, après avoir reconstitué toutefois dans son intégrité le péritoine pelvien.

Quant aux cancers de l'utérus, il semble démontré que les grandes interventions par la voie vaginale, aussi complètes qu'elles puissent être, n'ont pas donné de meilleurs résultats que les opérations palliatives, avec plus de dangers à courir. Toutefois, il convient encore de faire quelques réserves pour l'hystérectomie abdominale; l'auteur est décidé à persévérer dans cette voie, pour les cas opérables, jusqu'à ce que l'expérience lui ait démontré qu'il y a pas plus à compter sur l'une que sur l'autre.

R. BLONDEL.

Traitement de l'endométrite par les crayons de salicylate de méthyle et d'airol *(Congrès de Gyn., obst. et péd. de Marseille*, 8 octobre 1898), — M. MÉRIEL propose d'associer comme topiques intra-utérins le salicylate de méthyle et l'airol.

Ces deux substances, employées isolément dans le traitement de l'endométrite, avaient déjà donné des résultats satisfaisants; il sembla à l'auteur que la combinaison de l'action siccative de l'airol et de l'action profondément antiseptique du salicylate de méthyle sur le parenchyme glandulaire pouvait constituer une bonne thérapeutique. M. Mériel essaya donc cette combinaison sous forme de crayons à 0 gr. 10 de chaque substance, et la malade qui, malgré un curetage et des pansements antérieurs, était toujours sujette à d'abondantes pertes blanches, n'a plus revu aucun écoulement depuis le mois de novembre 1897; pendant ces onze mois, à plusieurs reprises, l'examen au spéculum a montré l'absence d'écoulement. Ce traitement palliatif, commode et sans danger, pourrait être tenté par le praticien avant toute opération radicale chez des malades pusillanimes.

R. BLONDEL

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN

Ex-Interne des hôpitaux.

Traitement des cardiopathies infantiles par E. WEILL. *(Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie)*, octobre 1898. — Deux facteurs apportent leur aide pour corriger les suites d'une cardiopathie : d'une part, la croissance met à la disposition du myocarde les éléments musculaires dont il a besoin pour renforcer ses darois; d'autre part l'enfant présente une adaptation fonctionnelle de tout l'organisme à un régime circulatoire anormal créé par la lésion. Dans certains cas de rétrécissements orificiels précoces ou congénitaux, il y a un véritable arrêt de développement du système vasculaire, une hypoplasie artérielle qui a, comme corollaire un amoindrissement de la masse du sang, de celle de l'organisme, lequel prévient en quelque sorte les troubles fonctionnels circulatoires.

A. TRAITEMENT DES LÉSIONS. — Contre les altérations congénitales du cœur le traitement est impuissant. Si des endocardites aiguës, favorisées dans leur développement par les déformations orificielles, valvulaires ou septales, se produisent, on les combattra comme les lésions acquises.

Contre les dernières on peut parfois instituer un traitement préventif.

L'action préventive du salicylate de soude vis-à-vis de l'endopéricardite rhumatismale ne paraît guère douteuse.

Hors du rhumatisme, le traitement prophylactique de l'endocardite est mal établi.

Dans la fièvre typhoïde, le bain froid produit ses effets comme chez l'adulte, en assurant la désintoxication.

Dans la scarlatine, l'efficacité du sérum antistreptococcique est discutée ; enfin, l'action prophylactique du sérum antidiphtérique, en ce qui concerne les localisations cardiaques, est encore à établir.

La médication dirigée contre la *lésion* de l'endocardite est spécifique ou banale.

La première est représentée par le salicylate de soude dans l'endopéricardite rhumatismale. Ce médicament doit être prescrit dans tous les cas, sauf si le myocarde paraît touché, si le cœur est trop excité, si le pouls est petit, rapide.

La médication salicylée est également indiquée dans ces cas d'endocardite, dite idiopathique qui se développent dans le jeune âge et particulièrement dans les cinq premières années; de même quand l'endocardite naît dans le cours d'une chorée.

Le salicylate de soude est bien toléré par les enfants. Les vomissements, les vertiges, les bourdonnements d'oreille sont rarement observés. Les doses seront de 0 gr. 50 par jour dans la première année, 1 à 2 grammes jusqu'à 3 ans, 3 à 5 grammes jusqu'à 10 ans. L'usage du salicylate sera prolongé jusqu'au delà de la cessation des phénomènes articulaires et fébriles, et, en cas d'endopéricardite, jusqu'après la disparition de ses symptômes.

Le traitement non spécifique des lésions ne comporte pas d'indication particulière à l'enfance. Dans l'endocardite rhumatismale, on prescrira la diète : lait, potages, et le repos. Pour

assurer la sédation plus complète du cœur, on peut donner dès le début du bromure de potassium et de petites doses de digitale; de même aussi on peut combattre l'insomnie, cause d'agitation, par le sulfonal et le trional.

Le traitement local de l'endopéricardite comprend les différents procédés de la méthode antiphlogistique : onctions mercurielles, applications froides, ventouses simples ou scarifiées, pointes de feu, vésicatoires. Les émissions sanguines sont, d'une façon générale, déconseillées.

Le traitement de la lésion ne s'arrête pas à la phase aiguë de celle-ci. Avant que l'évolution fibreuse ait eu le temps de s'achever et qu'il se soit constitué une lésion cicatricielle irréparable, un temps assez long s'écoule pendant lequel on peut essayer d'arrêter les progrès de cette transformation fibreuse.

Dans ces cas, on a recours à la révulsion sous forme de vésicatoires volants répétés régulièrement une ou deux fois par mois : on usera de pointes de feu.

A l'intérieur on donnera l'iodure de potassium pendant 15 à 20 jours par mois, à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour, pris au commencement des deux repas dans une tasse de lait.

C'est aussi à cette phase de l'endocardite qu'on pourra recourir au traitement hydro-minéral; certaines eaux chlorurées sodiques paraissent douées d'une action résolutive et altérante.

Chez l'enfant la résorption des produits inflammatoires de l'endocarde est plus facile que chez l'adulte. Cela tient non seulement à une activité plus grande de la nutrition, mais à la présence de vaisseaux dans les valvules, contrairement à ce qui existe chez l'adulte.

La péricardite est plus grave que l'endocardite; elle entraîne la mort dans 6 pour 100 des cas de rhumatisme. Quand elle passe à l'état chronique elle peut aboutir à la symphyse, contre laquelle toute thérapeutique est impuissante.

Pendant la phase aiguë, on ponctionnera les épanchements brusques, séreux ou hémorrhagiques qui provoquent la compression rapide du cœur. Dans les formes qui agissent lentement sur le cœur et qui sont infectantes, le procédé de choix est l'incision (succès dus à Rosenstein, West, Dickinson, etc.)

Lorsque l'endopéricardite a abouti à la phase d'organisation fibreuse, l'objectif du médecin ne doit plus être que de favoriser la tolérance du cœur vis-à-vis de la lésion définitive et de combattre les troubles fonctionnels, lorsqu'ils viennent à paraître.

B. Traitement des cardiopathies compensées. — Les affections cardiaques, même très bien tolérées, peuvent exercer sur l'organisme infantile une influence nocive; les enfants restent petits, chétifs; ils ont une certaine apathie, une indolence qui relève de l'état méiopragique des centres nerveux plutôt que de la dypsnée d'effort. C'est dans ces conditions que tous les stimulants de la nutrition trouvent leur emploi; vie au grand air, procédés activant la circulation périphérique, frictions générales sèches, massage, exercices musculaires, gymnastique, hydrothérapie, cures thermales.

En ce qui concerne l'exercice musculaire, il faut éviter deux tendances également fâcheuses, le repos exagéré et l'entraînement systématique.

On proscrira tous les exercices violents, tous ceux qui exigent des contractions musculaires trop intenses, trop prolongées ou trop souvent répétées. On accordera les promenades, les marches modérées, les jeux de billes, de palets, du volant, de la corde, de l'escarpolette. Au contraire on proscrira les courses, les jeux de barres, le jeu de paume, le foot-ball, le tennis, les grandes marches.

L'exercice de la bicyclette peu être autorisé avec certaines réserves. Il faut éviter la raideur du tronc avec contraction continue des muscles thoraciques, qui gêne la respiration, l'inclinaison prononcée du tronc en avant qui comprime la veine cave inférieure. La bicyclette doit être interdite aux malades atteints d'insuffisance aortique.

Tous les exercices qui mettent en jeu l'inspiration et par là favorisent la circulation pulmonaire sont autorisés.

Le régime doit être surveillé. Il faut modérer ingestion du sucre, des pâtisseries; imposer les heures de repas régulières et ne pas laisser l'enfant manger trop souvent ou trop rapidement.

Les troubles digestifs retentissent sur le cœur sain (Potain, Tessier), à plus forte raison sur le cœur malade.

La boisson comprendra de l'eau pure ou additionnée d'un peu de vin, à l'exclusion du thé et du café. La diète des liquides n'est nullement indiquée.

Toute fatigue nerveuse retentit sur le cœur; il faudra éviter le surmenage intellectuel.

Les malades devront habiter un local sec et ensoleillé, pour éviter les récidives de rhumatisme; ils seront envoyés à la campagne dans un local sec et tempéré; l'altitude ne doit pas dépasser 300 à 400 mètres. La mer est à déconseiller dans les cas où le sujet présentera de l'excitation du système nerveux et de l'éréthisme cardiaque,

Les vêtements seront choisis de façon à protéger contre le refroidissement et à ne pas gêner la circulation.

On doit distinguer, pour le traitement des

symptômes, les maladies congénitales d'avec les maladies acquises.

Dans les maladies congénitales, il faut constater la tendance au refroidissement et activer la circulation par les frictions sèches, le massage méthodique. On favorisera l'hyperglobulie que l'on considère comme un procédé de compensation destiné à suppléer à l'insuffisance de l'hématose par l'emploi des ferrugineux, de l'arsenic, etc,

On augmentera la provision d'oxygène du sang en faisant inhaler au patient de l'oxygène en nature, 20 à 30 litres de gaz par jour, répartis en plusieurs prises.

Dans le cas de dyspnée paroxystique résultant d'une asthénie cardiaque avec palpitations, pouls petit, irrégulier, refroidissement, on mettra le malade au repos absolu, on appliquera des sinapismes sur la région précordiale, on aura recours aux stimulants diffusibles :

Injections sous-cutanées de caféïne, d'éther, d'huile camphrée; on fera inhaler de l'oxygène, du nitrite d'amyle. Dans le cas de congestion pulmonaire et d'expectoration albumineuse, on couvrira la poitrine de ventouses sèches et scarifiées.

En cas d'excitation cardiaque se traduisant par des palpitations, on a recours au bromure de potassium, aux toni-cardiaques : digitale, strophanthus, caféïne.

Les quintes de toux indiquent l'emploi des inhalations sédatives, iodure d'éthyle, pyridine, quinoléine ou de médicaments comme le bromure, l'opium, la codéïne, la belladone, le bromoforme, l'antipyrine.

Les affections bronchiques qui surviennent dans les cardiopathies congénitales doivent être traitées dès le début avec une grande vigueur ; mais on sera très réservé à l'égard des révulsifs, en raison des conditions d'hyponutrition des téguments.

Dans les formes acquises, le traitement doit surtout emprunter ses moyens à l'hygiène.

En cas d'excitation nerveuse, on recourra aux sédatifs, à l'hydrothérapie tiède (lotions).

Le traitement par la méthode suédoise ou gymnastique de Ling, n'est indiqué qu'exceptionnellement chez l'enfant.

L'asystolie infantile reconnaît plusieurs mécanismes ; elle peut être due à une myocardite parenchymateuse aiguë survenue au cours d'une maladie infectieuse.

Le malade sera mis au repos absolu ; on appliquera de la glace ou des compresses sur la région précordiale, on instituera le régime lacté et l'on évacuera l'intestin, enfin on emploiera la digitale.

Habituellement, l'asystolie est due à l'épuisement du myocarde ; la symphyse du péricarde joue d'ailleurs fréquemment un rôle dans l'apparition de l'asystolie

Les médicaments que l'on doit employer contre l'asystolie sont les mêmes que ceux qui sont en usage chez l'adulte. La digitale sera prescrite soit par petites doses répétées ; soit, suivant la méthode de Potain-Huchard, en une dose massive. Comme chez l'adulte, la cure digitalique doit être précédée du repos, de l'évacuation du tube digestif et de la diète lactée.

On a à peu près renoncé aux préparations autres que l'infusion, la macération et la digitaline cristallisée ; cependant J. Simon recommande la teinture. Marfan prescrit la macération de poudre de feuilles à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de 3 à 5 ans, de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de 5 à 10 ans, la digitaline cristallisée à la dose de 1/5 à 1/4 de milligramme de 5 à 10 ans, et jamais au-dessous de 3 ans.

Les succédanés de la digitale sont la caféïne, le strophanthus, le sulfate de spartéine, le convallaria maïalis.

La caféïne se donne à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20, de 2 à 5 ans ; de 0 gr. 30, de 6 à 10 ans ; de 0 gr. 40 à 0 gr. 50, de 10 à 14 ans, Pour les injections hypodermiques on utilisera la formule suivante :

Benzoate de soude.....	3 gr.
Caféïne.....	2 gr. 50
Eau distillée, s. pour faire.....	10 cc.

Chaque seringue contient 0 gr. 25. Suivant l'âge on donne un tiers, une demi, ou une seringue entière.

Le strophantus s'emploie sous forme d'extrait à la dose de 1/2 à 1 milligramme par jour, de 5 à 10 ans, ou de teinture de semences au cinquième : dose II à IV gouttes par jour.

Le sulfate de spartéine se donne à la dose de 1 à 2 centigrammes, de 3 à 5 ans, de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 de 5 à 10 ans. Les injections sous-cutanées sont faites à dose moitié moindre.

L'extrait de muguet se prescrit à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par jour, à partir de 5 ans.

A tous ces médicaments on peut adjoindre le massage des membres, de l'abdomen, les mouvements passifs, mais surtout les secousses de la région précordiale et du dos, qu'on appelle en Suède la digitale de la gymnastique.

Le traitement de l'affaiblissement du myocarde, doit être complété par l'emploi de moyens qui diminuent les charges de la circulation périphérique : on combattra les congestions viscérales, les œdèmes, l'ascite, en prescrivant des purgatifs diastiques, les diurétiques tels que la selle, sous forme de vin de Debreyme, la théobromine 0 gr. 20 à 1 et 2 grammes par jour, la lactose, 20 à 50 grammes par jour ; le calomel à la dose de 0 gr.05 à à 0 gr10 répétés trois ou quatre fois

par jour, trois jours de suite, le régime lacté, le massage abdominal.

En cas de besoin, on aura recours à la thoracentèse, à la paracentèse abdominale, à l'application des tubes de Southey. La saignée générale peut être indiquée en présence d'accidents dyspnéiques menaçants.

G. Lyon.

Traitement de l'adénite cervicale chez les enfants par l'iodure de fer à l'état naissant, par M. Katchénovsky (*Sem. méd.*, 28 septembre 1898). — D'après cet auteur, pour obtenir de meilleurs effets des iodures, il faut administrer ceux-ci d'une manière particulière. En ce qui concerne l'iodure de fer, on prescrit d'une part une solution de 4 gr. d'iodure de potassium dans de l'eau (180 gr.). D'autre part, on administre de la teinture éthérée de malate de fer, par gouttes (de 3 à 20) dans chaque cuillerée de la solution iodurée qui doit se prendre aux principaux repas. L'*iodure de fer à l'état naissant*, qui se forme, assure une prompte action résolutive.

Aug. Benoit.

Traitement de l'hémophylie habituelle chez les enfants (*Medicinskoié Obosrenié*, n° 7, 1898). — Zack consacre un intéressant travail à l'hémophylie des enfants et voici ce qu'il dit de son traitement. Pour celle qui est provoquée, et c'est là la cause la plus fréquente : petites ulcérations, dilatation du vaisseau de la cloison ou des cornets, le meilleur moyen d'arrêter l'hémorragie consiste à pratiquer une cautérisation au thermo-cautère de la région malade.

Cette cautérisation n'est pas douloureuse, pourvu que la cocaïnisation soit assez forte (on cocaïnise la région malade en y appliquant, pendant 12 à 15 minutes, un petit tampon d'ouate imbibé dans une solution de cocaïne à 15 0/0.)

Aucun autre procédé ne soutient la comparaison avec la cautérisation au thermo-cautère au point de vue de la rapidité et de l'efficacité.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on était obligé, après un certain temps, une semaine par exemple, de pratiquer une nouvelle cautérisation. Dans la majorité des cas, une seule séance était suffisante pour faire disparaître pendant longtemps toute épistaxis.

Quant aux végétations adénoïdes de l'espace noso-pharyngien qui provoquent aussi des épistaxis, le traitement le plus radical consistera, bien entendu, à les enlever aussi complètement que possible. L'auteur se sert, dans ces cas, des pinces coupantes d'Heryng. L'opération est pratiquée sans narcose (il suffit d'être bien aidé par un ou deux aides) et dure environ une demi-minute. L'hémorragie qui en résulte continue pendant deux à cinq minutes et s'arrête d'elle-même, si l'on interdit au malade de cracher ou de se gargariser. Dès que les végétations adénoïdes sont enlevées, l'aide doit immédiatement pincer le nez et fermer la bouche du malade en lui rejetant la tête en arrière et commander au malade d'avaler sans se presser le sang qui s'écoule. L'auteur ne laisse partir le malade qu'au bout d'une demi-heure, quand il est bien sûr que l'hémorragie s'est arrêtée complètement.

L'opération a ordinairement pour résultat la disparition complète des épistaxis et l'amélioration notable de tous les troubles résultant d'une respiration nasale gênée : céphalée, surdité relative, etc.

B. Tapt.

Résultats obtenus avec l'alimentation artificielle chez des nourrissons atteints de gastro-entérites (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 40, 1898). — Gregor a repris, à la clinique pédiatrique de Breslau, l'étude de la valeur alimentaire du mélange recommandé par Keller (*V. cette Revue p. 713*). Ce sont surtout les résultats éloignés qui ont fixé l'attention de Gregor. Un nourrisson, rétabli après un séjour plus ou moins long à l'hôpital, résistera-t-il mieux à l'alimentation défectueuse qu'il trouve à domicile, après avoir été nourri au moyen du mélange à base de malt? Peut-on, en distribuant aux enfants de la consultation des rations toutes préparées du mélange, leur permettre de lutter contre les influences nocives qui les menacent au domicile des parents? Ces deux questions doivent être considérées comme résolues par l'affirmative, car les résultats obtenues au cours du séjour à l'hôpital ont été retrouvés, ou peu s'en faut, avec le traitement à domicile. La moyenne d'augmentation de poids journalière a atteint 17 grammes.

Les conclusions basées sur des observations s'étendant sur un laps de temps de 1 an 1/2, peuvent être résumées en ces termes :

1° Chaque fois qu'on se trouve en présence d'un cas de gastro-entérite chronique chez un nourrisson de plus de 3 mois, il faut, lorsqu'il est impossible de se procurer une nourrice, instituer l'alimentation par la méthode nouvelle ;

2° Si les enfants sont plus jeunes ou très délicats, on agira de même, mais en diluant le mélange et en contrôlant soigneusement les résultats ;

3° Chez les enfants de 9 à 18 mois présentant des symptômes de rachitisme grave, on s'adressera encore au mélange ci-dessus, en ajoutant à cette alimentation des biscuits, des légumes verts, de la semoule, etc. ;

4° Au moment du sevrage, que le nourrisson soit robuste ou affaibli, on recourra avec avantage à l'emploi du mélange nouveau, pour faciliter le passage de l'allaitement exclusif à une alimentation plus variée.

E. Vogt.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'émulsion d'orthoforme (*Therap. Monatshefte*, octobre 1898). — Kassel trouve de grands inconvénients à l'emploi de topiques pulvérulents en laryngologie : au moment de l'insufflation, un violent accès de toux projette au loin, dans la grande majorité des cas, la poudre insufflée. Pour faire supporter les poudres peu ou pas solubles, qui restent en contact prolongé avec la muqueuse trachéale et provoquent une irritation marquée, l'émulsion remplace avantageusement le topique pulvérulent.

Pour l'orthoforme, Kassel se sert d'une émulsion de 25 grammes de substances actives dans 100 grammes d'huile d'olives : quelques minutes après l'injection intra-laryngée, le malade peut absorber de la nourriture sans crainte d'accident désagréable, L'action de l'orthoforme reste intacte pendant de longs mois, il n'y a jamais d'accoutumance, aussi doit-on s'en servir dans la tuberculose laryngée de préférence à la cocaïne, qui devient, au bout de quelques temps, inefficace.

On sait que les résultats opératoires sont peu encourageants dans la tuberculose laryngée, aussi, doit-on considérer comme un grand progrès le fait que, grâce à l'orthoforme, on arrive à supprimer, pour ainsi dire entièrement, les douleurs, ce qui permet d'utiliser la thérapeutique par le repos de l'organe, La suppression des accès de toux rend possible ce desideratum : il suffit de prescrire le silence absolu pour arriver à un repos aussi complet que possible.

E. Vogt.

Le pyrosal et le phénosol (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 41, 1898). — Burckardt, assistant à la clinique du Pr Leyden, à Berlin, a étudié deux nouveaux antithermiques, le *pyrosal* (salicylacétate acide d'antipyrine), et le *phénosol* (p. phénétidide d'acide salicylacétique). Les deux produits se présentent sous l'aspect de poudres blanches cristallines en aiguilles ou écailles ; le pyrosal est difficilement soluble dans l'eau froide, l'éther et le chloroforme, facilement soluble dans l'eau bouillante et l'alcool ; le phénosol difficilement soluble dans l'eau, l'éther, l'alcool froid, mais plus facilement soluble dans l'alcool bouillant. Le sel sodique de phénosol est soluble dans l'eau. La saveur des deux corps est amère et acide. Leur décomposition dans l'organisme est rapide, comme le prouve l'apparition de la réaction de l'acide salicylique dans l'urine. On n'observe après leur absorption, que des transpirations légères, jamais de bourdonnements d'oreilles, de nausées, etc. Le pyrosal contient environ 50 0/0 d'antipyrine et 36 0/0 d'acide salicylique ; le phénosol, 57 0/0 de phénacétine et 43 0/0 d'acide salicylique. Les doses ont été en général de 0 gr. 50, quatre à six fois par jour.

Les essais institués sur 27 malades atteints d'affections rhumatismales, d'influenza, de névralgies, etc., ont démontré que ces deux substances présentent une valeur thérapeutique précieuse : en tous cas, l'effet calmant se produit plus rapidement qu'avec l'acide salicylique ou ses dérivés.

E. Vogt.

De l'acide osmique au point de vue thérapeutique, par Bardiaux (*Thèse de Paris* 1898). — D'après l'auteur, l'acide osmique est un agent d'une grande puissance antiseptique. Ses vapeurs sont très dangereuses pour les muqueuses respiratoires, aussi la thérapeutique ne doit-elle pas l'employer sous cette forme. Son action en solution est purement locale, et, à ce titre, son degré de toxicité est très variable, pour ainsi dire nul dans certains tissus, très grand au contraire lorsque cette action se manifeste largement sur un organe indispensable à la vie. L'acide osmique est un fixateur d'une grande énergie, et cette propriété en fait un remède vraiment efficace dans le traitement des tumeurs bien limitées : telles que cancroïdes, tuberculoses de la peau, angiomes, etc. De plus, il est capable d'arrêter, momentanément du moins, dans leur développement les tumeurs à généralisation rapide. En vertu de son action particulière sur les nerfs, c'est un excellent analgésique. Il donne de bons résultats dans le traitement de certaines névralgies rebelles. On peut également l'utiliser, à titre purement palliatif, pour calmer les douleurs du cancer. Enfin d'après Wildermuth, il agit favorablement dans l'épilepsie.

R. Blondel.

Extraits végétaux obtenus par dialyse (*Therap. Monatshefte*, octobre 1898). — Kunz-Krause ne croit pas que les teintures, extraits et extraits fluides, obtenus avec des plantes desséchées, contiennent toutes les parties actives de la drogue traitée.

Dans la grande majorité des cas, la dessication exerce sur le végétal une action peu avantageuse. On évite cet inconvénient en soumettant à la dialyse des plantes *fraîches*, et en supprimant tout dissolvant ou autre réactif. Une partie de plante fraîche doit correspondre à une partie de dialysat.

Les liquides ainsi obtenus présentent à un haut degré les caractères de coloration, d'odeur, de fluorescence, etc., inhérents à la plante dont ils proviennent : on constate dans le dialysat la présence des alcaloïdes, des glycosides et des huiles éthérées de la plante.

L'auteur espère que la méthode qu'il préconise sera inscrite au Codex germanique, au moment où on en préparera une nouvelle édition : la dialyse s'adresse aux plantes indigènes seulement.

E. Vogt.

Des propriétés antiseptiques du citrate d'argent et du lactate d'argent *(Thèse de St-Pétersbourg*, 1898.) — Tarnowsky a fait toute une série d'expériences à ce sujet. Ces expériences consistaient : 1° à rechercher les propriétés de ces substances au point de vue de l'action qu'elles exercent sur la multiplication des microbes ; 2° à étudier leur force microbicide.

En comparant la force microbicide de ces deux substances avec celle du nitrate d'argent et du sublimé, l'auteur a trouvé que le lactate d'argent est inférieur au nitrate et que les solutions saturées de citrate d'argent correspondaient aux solutions sursaturées de lactate et de nitrate d'argent.

Le sublimé, par ses propriétés antiseptiques sur le sérum sanguin, est supérieur à l'argent, et ce fait se trouve en contradiction absolue avec l'affirmation de Behring. Par leur action sur le bouillon, les sels d'argent sont également inférieurs au sublimé ; en solutions faibles seulement, ou en solutions concentrées (à 1 pour 100), leur action est plus énergique que celle du sublimé pour certains microbes (staphylocoques et bacille d'Eberth).

B. Taft.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

ANGINE AIGUE NON DIPHTÉRIQUE

I. **Angines sans exsudats** (angines érythémateuses).

Traitement général.

Sulfate ou chlorhydrate de quinine (0 gr. 50 — 1 gramme), en cachets, potions, lavements.

Sulfate neutre de quinine	0 gr. 50, 1 gr.
Sirop de quinquina.. } Sirop de codéine.... }	àà 20 gr.
Eau distillée	100 gr.

A prendre en trois fois, dans les vingt-quatre heures.

Chlorhydrate de quinine	0 gr. 50
Eau bouillie	50 gr.

pour un lavement à donner avec la poire.

Antipyrine (1 à 2 gr.). L'associer aux sels de quinine.

Benzoate de soude (4 à 5 gr.) en potion gommeuse.

Salol (3 à 5 gr.) en cachets ou potions gommeuses.

Salol	q. v.
Huile d'amandes douces } Gomme arabique }	àà 4 gr.
Sirop simple qs. pour	90

à donner en trois fois.

Alcool (grogs) : calomel (0 gr. 50) à titre de purgatif.

Traitement local.

Pulvérisations :

Acide borique	15 gr,
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 30
Glycérine	50 gr.
Eau	300 gr.

Collutoires :

1° Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Menthol	1 gr,
Huile d'olive	30 gr.
Gaïacol	1 gr.
Huile d'olive	20 gr.
2° Acide phénique cristallisé } Camphre }	àà 0 gr. 50
Glycérine } Eau distillée }	àà 50 gr.
Essence de Wintergreen	II à V gouttes
3° Salol	3 gr.
Alcool	qs. pour dissoudre
Glycérine	60 gr.
Salol	5 gr.
Sulforicinate de soude	95 gr.

Tous ces collutoires peuvent être utilisés deux ou trois fois par jour.

Gargarismes :

Acide salicylique..... } Borax..... }	aà 2 à 4 gr.
Miel	30 gr.
Eau distillée.....	250 gr.
Borate de soude.....	10 gr.
Eau chaude	200 gr.

Faire dissoudre et ajouter :

1° Teinture de myrrhe.....	2 gr.
Sirop de mûres.....	30 gr.
2° Résorcine.....	5 gr.
Phénosalyl.....	1 gr.
Glycérine	25 gr.
Alcool de menthe.....	10 gr.
Eau	250 gr.
3° Eau distillée.....	450 gr.
Glycérine.....	80 gr.
Acide phénique cristallisé.	1 gr.
Essence de thym.....	I goutte

Lavages avec de l'eau bouillie, de l'eau boriquée, à répéter toutes les quatre heures au début.

Après guérison, continuer à faire usage d'un gargarisme antiseptique, pour prévenir les récidives :

Acide phénique cristallisé....	4 gr.
Alcool rectifié	20 gr.
Essence de menthe.....	1 gr.

X à XV gouttes dans un verre d'eau,

ou

Salol.....	5 gr.
Alcool rectifié.....	20 gr.
Essence de menthe	5 gr.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau,

ou

Phénosalyl	1 gr.
Alcool de menthe.....	250 gr.
Teinture de benjoin....	XXX gouttes
Teinture de rue.....	I goutte
Extrait de musc vrai....	0 gr. 05

Destruction des amygdales au moyen du galvanocautère quand elles sont hypertrophiées à la suite de plusieurs atteintes d'angine.

II. Angines pseudo-membraneuses.

TRAITEMENT GÉNÉRAL :

Insister sur la *médication tonique* (quinine, alcool, extrait de quinquina, de kola).

Extrait de quinquina..... } Extrait de kola..... }	aà 4 gr.
Potion de Todd.....	120 gr.

4 à 5 cuillerées par jour.

Injections de *sérum antistreptococcique* dans les angines à streptocoques très graves.

TRAITEMENT LOCAL.

Importance des lavages qui doivent être répétés fréquemment (toutes les trois heures).

Badigeonnages avec :

a) Jus de citron.	
b) Glycérine.....	20 gr.
Acide salicylique.....	1 gr.
c) Camphre.....	20 gr.
Huile de ricin.....	15 gr.
Alcool à 90°.....	10 gr.
Phénol absolu.....	5 gr.
Acide tartrique.....	1 gr.
d) Naphtol.....	5 gr.
Alcool.....	5 gr.
Glycérine.....	100 gr.

III. Angines gangréneuses.

Lavages fréquents avec solution de *permanganate de potasse*, (1 p. 2,000), de *liqueur de Labarraque* (50 p. 1000).

Galvanocautère.

IV. Angines phlegmoneuses.

Incision.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Congrès. — Le XII[e] Congrès de l'Association française de Chirurgie, s'est ouvert à Paris, le 17 octobre 1898, sous la présidence du professeur Le Dentu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, devant un grand concours de chirurgiens de Paris, de province et de l'étranger. MM. A. et J. Reverdin (de Genève), Roux (de Lausanne), Gallet, Verneuil et Deletrez (de Bruxelles), Desguin (d'Anvers), Ceci (de Pise), Jonnesco (de Bucharest), Suarez de Mendoza (de Madrid), Offa (de Wurtzbourg), y représentaient leurs nations respectives. Après le discours de bienvenue, le Congrès a été ouvert par la lecture, faite par M. Albaran, d'un important

rapport sur la néphrotomie, rédigé en son nom et en celui de M. le professeur Guyon, que la *Revue* a publié dans ses deux derniers numéros. Le vendredi, M. J.-L. Reverdin donna lecture de son rapport sur le traitement du goître, que nos lecteurs trouveront plus haut. De nombreuses communications, dont l'analyse paraîtra en leur temps, furent lues dans les séances du mardi soir, mercredi matin et soir, vendredi matin et soir et samedi soir. Lundi et vendredi à 5 heures, à l'Hôtel des Sociétés savantes, une démonstration, au moyen du cinématographe, fut faite devant les membres du Congrès. par M. Doyen, projetant diverses scènes opératoires en mouvement, avec une perfection véritablement extraordinaire. Le Congrès s'est séparé, le samedi 22, après une séance de présentation d'instruments, et en désignant comme vice-président pour l'an prochain, M. Lucas Championnière, qui se trouvera ainsi président pour 1900.

Association française d'Urologie. — La troisième session de l'Association française d'Urologie s'est tenue à Paris, du 20 au 22 octobre 1898. De nombreuses et intéressantes communications y ont été faites.

Union des Syndicats médicaux de France. — L'Union des Syndicats médicaux de France vient de tenir son assemblée générale à l'Hôtel des Sociétés savantes. Parmi les nombreuses questions discutées, se trouvent : la protestation des médecins contre l'article de la loi sur les accidents du travail qui assimile un ouvrier blessé à un indigent par l'application du tarif de l'assistance médicale gratuite : la réclamation visant le paiement de l'assistance médicale gratuite à la visite avec indemnité kilométrique, ainsi que le libre choix du médecin laissé à l'indigent ; la création d'un ordre des médecins, dont l'idée est due au Dr Lassalle, de la Gironde. et qui sera l'objet des débats d'un Congrès futur ; un vœu tendant à ce que l'avancement des médecins de réserve et de la territoriale, ne soit pas limité aux médecins des hôpitaux et aux professeurs de Facultés.

Au banquet qui, le soir, a réuni chez Marguery, sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, les délégués des soixantes Syndicats que comprend l'Union, plusieurs discours ont été prononcés.

M. Brouardel, faisant allusion au droit de 30 francs appliqué aux bibliothèques des Facultés, a promis de faire ses efforts, pour que cette taxe, fort mal accueillie par le monde médical, ne subsiste pas. Les docteurs Comby, président, et Poirson (de Nantes) président d'honneur de l'Union, Guinard, président du Syndicat de la Seine, Lassalle, Archambault, de Paris, Rachet, Leusin, etc., ont ensuite pris la parole.

Le droit de critique scientifique. — Un curieux jugement vient d'intervenir à ce propos : Au mois d'août 1897, M. Javal avait communiqué à l'Académie de Médecine le résultat de travaux de MM Druault et Tscherning sur les verres de lunette à la baryte ; de ces travaux il résultait que ces verres étaient inférieurs aux verres ordinaires.

Le fabricant de ces verres, ayant eu vent de cette communication, voulut faire interdire par huissier à M. Javal de parler, et faire défense par huissier à l'Académie de l'entendre, et à l'éditeur des Bulletins de l'Académie de publier la communication. M. Javal, d'accord avec l'Académie, passa outre ; d'où procès. Avant l'audience le fabricant a retiré sa plainte ; mais l'Académie demanda néanmoins un jugement, afin d'établir juridiquement ses droits de discussion scientifique. Le tribunal lui a donné absolument raison. Il est donc établi juridiquement que l'Académie possède toute liberté de critique dans ses discussions scientifiques.

Un épilogue de l'affaire Lebaudy. — *Le Moniteur du Puy-de-Dôme* annonce que le médecin principal de 1re classe du Cazal, ancien professeur au Val-de-Grâce, membre correspondant de l'Académie, est nommé professeur à l'Ecole de Médecine de Clermond-Ferrand.

Les personnes qui ignorent ce qui se passe dans le corps de santé militaire se demanderont comment un médecin militaire, qui semblait devoir arriver promptement à l'inspectorat, peut quitter prématurément l'armée. La vérité est que M. du Cazal, en faisant son devoir, en déclarant que le soldat Lebaudy était atteint de tuberculose, en maintenant son diagnostic, malgré une pression mal déguisée, s'est attiré en haut lieu une telle inimitié que sa situation est devenue intolérable. Comme M. Laveran, il préfère renoncer à sa carrière et reprendre sa liberté et son indépendance.

On ne peut que regretter de voir les confrères qui honorent le plus la médecine militaire obligés de l'abandonner. (*Bull. méd.*).

Don. — M. le Dr Calmette vient de faire don à l'Institut Pasteur, qu'il dirige à Lille, de 250,000 francs, représentant les bénéfices réalisés dans les distilleries de Seclin par une de ses inventions. Cet acte de générosité, si bien appliqué, honore l'homme de science qui se fait ainsi doublement un bienfaiteur humanitaire.

Nécrologie. — Un jeune interne des hôpitaux, M. Toupart, attaché au service de M. le Dr Hippolyte Martin, à l'hôpital Tenon, vient de succomber, en 12 jours, à une fièvre typhoïde, contractée dans son service. Ce n'est pas seulement une nouvelle victime du devoir professionnel : il succombe dans les conditions les plus douloureuses que l'on puisse imaginer. Sa mère venait, la veille, de perdre son mari et l'un de ses fils, frère du précédent. Elle perd le dernier survivant de sa famille. Il n'y a qu'à s'incliner de sa plus profonde et respectueuse sympathie, devant de tels malheurs.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique des maladies du larynx, par Gyselinck, de l'Université de Vienne

L'auteur expose les idées de Stœrk, le vétéran de la laryngologie, sur les instruments destinés à la chirurgie du larynx. Pour l'ablation des polypes, ce maître rejette la pince et l'écraseur de Schrœtter, par crainte que sur un larynx anesthésié par la cocaïne, les tractions n'arrachent une partie ou la totalité de la corde vocale en même temps que le pédicule de la tumeur, comme cela est arrivé à Voltolini. Aussi, dit-il, les instruments qui agissent par écrasement des tumeurs, combiné avec leur arrachement, sont-ils presque abandonnés aujourd'hui, car les cordes vocales restant molles et flasques, après la cocaïnisation, suivent la traction de la pince et risquent d'être arrachées.

Même condamnation est portée sur le serre-nœud, les couteaux laryngiens, les ciseaux, les guillotines, même la sienne, dont l'emploi exige un certain degré de tension, de rigidité des cordes vocales pour que la tumeur puisse être bien saisie.

A tous les instruments, il préfère les pinces tranchantes, soit en forme d'emporte-pièce, soit à cuiller, comme celles de Gouguenheim, qu'il recommande particulièrement. Si le pédicule de la tumeur n'est pas entièrement enlevé, on le détruit par des caustiques chimiques ou thermiques.

La thérapeutique du larynx comprend les badigeonnages, les instillations de liquides, les insufflations de poudre, les cautérisations et les pulvérisations.

Les pinceaux sont remplacés par des tampons d'ouate fixés à une tige pour porter des topiques dans le larynx.

Pour les insufflations de poudre, Stœrck recommande de ne pas se servir du miroir et de bien tenir la langue du malade.

Pour anesthésier le larynx, on emploie une solution au 1/5 de chlorhydrate de cocaïne. Stœrk n'a observé que 4 cas d'intoxication grave, bien qu'il ait employé souvent jusqu'à 1 gramme de cocaïne.

A. Courtade.

Formulaire hypodermique et opothérapique, par MM. Boisson et Mousnier (J.-B. Baillère, éditeur, Paris).— Ce livre est en 4 parties :

La première expose la technique et l'appareil instrumental des injections hypodermiques.

La seconde est un formulaire hypodermique, détaillé en suivant l'ordre alphabétique des médicaments.

La troisième est un mémorial thérapeutique suivant l'ordre alphabétique des maladies.

La quatrième est un formulaire opothérapique, avec les indications de tous les corps employés jusqu'ici.

E. Chevalier.

Nlle Imprimerie, E. Lesnier, Directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La préparaion de l'huile de foie de morue par les pêcheurs d'Islande. — M. le Dr Variot donne, dans le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, des détails intéressants sur la fabrication de l'huile de foie de morue par les navires de Paimpol qui vont pêcher la morue en Islande.

Après la pêche de la journée, le soir, on travaille les morues et on les empile au fond du navire dans des lits de sel.

La grande arête médiane est enlevée, la tête coupée et tout l'intérieur est vidé

L'estomac est utilisé comme appât pour garnir les hameçons; les œufs sont salés pour être vendus sous le nom de *rogue* aux pêcheurs de sardines, qui s'en servent comme amorce; enfin le foie des morues, bien débarrassé des intestins, est soigneusement mis de côté pour fabriquer l'huile.

Les foies, tels quels, sont jetés au fond d'une barrique ordinaire de 225 litres; la bonde est élargie pour que les foies tout entiers puissent y être introduits; le tonneau est laissé sur le pont jusqu'à ce qu'il soit rempli, puis on le descend dans la cale pour que l'huile *se fasse toute seule*.

Au dire des pêcheurs, l'aspect et la coloration des foies de morues ne seraient pas toujours les mêmes; lors de la première pêche, en mars et avril, la morue serait plus grasse et les foies plus gros et plus blancs. Dans l'arrière-saison, la morue serait plus petite et les foies moins blancs, parfois même rosés ou bruns, comme s'il s'agissait d'espèces différentes de poisson. Cette remarque des matelots est conforme aux classifications des zoologistes; le genre *morrhua* se décompose en effet en six espèces qu'il paraît superflu d'énumérer ici.

Chaque bateau, en revenant à Paimpol, rapporte ainsi 30 à 40 barriques et plus, entièrement remplies de foies de morue,

Cette énorme quantité de foies est recueillie sur 60 à 80.000 morues, chiffre moyen du produit de la pêche annuelle d'un navire islandais.

L'huile *se fait toute seule*, comme disent les pêcheurs, dans les tonneaux, et au bout de peu de temps la substance grasse contenue dans les foies remonte à la surface; une eau roussâtre ou brune se dépose au fond avec les détritus du parenchyme des foies.

Si l'on enfonce une baguette de bois dans une barrique d'huile brute on en retire, outre de l'huile, des débris grisâtres filamenteux qui sont désignés par les raffineurs d'huile sous le nom de *draches*.

Le contenu de la barrique se décompose en trois couches distinctes : une couche supérieure, un tiers environ, formée d'huile pure qui peut être séparée par décantation; une couche moyenne constituée par les draches, et une couche aqueuse inférieure plus dense, brunâtre.

Lorsqu'on flaire l'odeur de ces barriques par la bonde, on perçoit l'odeur habituelle de l'huile de morue, mais sans aucune fétidité. Le travail de décomposition des foies nécessaire à la séparation de l'huile paraît donc se faire sans qu'il y ait de fermentation putride proprement dite.

On trouve à bord des bateaux islandais de Paimpol quelques barriques d'huile ambrée; mais la plupart contiennent de l'huile brune, peu foncée en général, rappelant la couleur de certains vins de Malaga.

Il est difficile d'analyser d'une manière précise les causes qui font varier la coloration de l'huile préparée dans les mêmes conditions et par le même procédé.

Un armateur, qui voulait avoir des barriques d'huile ambrée, recommandait au capitaine de faire faire le triage des foies les plus blancs et les plus gros. D'autre part, le raffineur d'huile de morue de Paimpol a tenté de se procurer de l'huile ambrée, plus estimée dans le commerce, en faisant décanter de très bonne heure la première couche d'huile qui monte à la surface des barriques. Mais il n'a pas renouvelé cette tentative, car le reste de l'huile qui se formait après la décantation était très brune et avait une odeur fétide. Il semble donc que la présence de la couche d'huile qui monte très vite à la surface, serve à empêcher la décomposition putride des foies. A Terre-Neuve. où les foies de morue sont recueillis dans des récipients ouverts à l'air libre, l'huile qui se produit est très brune avec une odeur forte et très désagréable.

Cette huile n'est pas généralement employée pour les usages médicamenteux; vu son bas prix, 40 fr. les 100 kilos, elle est utilisée pour l'industrie de la tannerie.

Il résulte de tous ces renseignements que la coloratiou brune de la plupart des huiles de morue est bien due, comme l'a avancé notre éminent maître, le professeur A. Gautier, à ce que ces huiles ne sont pas préparées avec des foies tout à fait frais.

L'opinion du savant chimiste est encore corroborée par ce fait que les huiles d'Ecosse et de Norvège sont généralement ambrées.

Mais la méthode d'extraction de l'huile est tout à fait différente de celle qui sert aux pêcheurs de Paimpol, Les foies frais sont traités au bain-marie et l'huile incolore est séparée immédiatement.

Que l'huile soit brune ou blonde, les procédés d'extraction et d'épuration sont très simples. La couche supérieure d'huile pure est décantée et filtrée ; une barrique de 225 litres donne environ 80 litres de cette huile, de première qualité. Les *draches*, c'est-à-dire les détritus de parenchyme hépatique contenant encore environ 30 litres d'huile, sont traitées à chaud ; mais l'huile ainsi obtenue a une odeur forte et ne peut servir qu'à l'industrie. La couche aqueuse brune remplissant, le fond de la barrique n'a pas été utilisée jusqu'à présent.

L'huile de foie de morue brune pour les usages médicamenteux est vendue en gros, à Paimpol 50 fr. les 100 kilos, soit un peu moins de 50 centimes le litre.

On s'est beaucoup préoccupé à Paris des sophistications diverses de ce médicament si puissant et si fréquemment manié par les pédiâtres et par tous les médecins.

M. le professeur Gabriel Pouchet contait récemment qu'il avait découvert, il y a quelques années, dans la banlieue de Paris, une fabrique d'huile de poisson d'où sortaient des produits tout à fait répugnants. Le fabricant faisait venir de la côte bretonne des têtes et des intestins de sardines qu'il faisait macérer dans des huiles à bas prix. Ces huiles prenaient une teinte très brune, une odeur forte et désagréable et étaient livrées sous le nom d'huile de poisson à des droguistes peu scrupuleux qui s'en servaient pour faire des coupages et qui les revendaient sous le nom d'huile de foie de morue.

Les huiles de morues blondes ou brunes, telles qu'on peut les goûter à bords des bateaux islandais de Paimpol, sont d'une saveur et d'une odeur acceptables. Ces huiles sont certainement naturelles ; elles sont préparées très simplement et avec soin. Les foies sont macérés pendant assez longtemps à l'abri de la putréfaction et peuvent ainsi abandonner les substances si complexes qui font de cette huile l'un de nos plus précieux médicaments toniques et reconstituants.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune forman une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement ponr les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la Gastrite hyperpeptique

par le Dr Gaston Lyon

Ancien chef de Clinique médicale de la Faculté (1)

Gastrite hyperpeptique: formes atténuées, formes graves. — On ne peut indiquer un traitement uniforme s'appliquant indistinctement à tous les cas observés en clinique. En effet, on observe des formes atténuées où les malaises sont peu accentués, où le régime seul suffit à rétablir promptement le bon fonctionnement de l'estomac; la caractéristique chimique de ces formes est l'hyperpepsie chloro-organique ou générale. Il est, d'autre part, des formes plus rebelles avec paroxysmes douloureux plus ou moins éloignés, le paroxysme survenant sous l'influence de fatigues, de chagrins, d'excès alimentaires (crises gastriques des anciennes nomenclatures); il est, d'autre part, des formes graves avec hyperchlorhydrie permanente, paroxysmes douloureux quotidiens; la dilatation de l'estomac ne fait jamais défaut dans ces cas. Enfin, dans les formes les plus graves et les plus rebelles, il y a hypersécrétion continue; le spasme du pylore et, dans les cas très anciens, l'atonie de l'estomac entraînent la dilatation avec stase; toutefois, la rétention gastrique n'est qu'exceptionnellement sous la dépendance de l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion; contrairement à ce que pensent Bouveret et Devic et d'autres auteurs, le syndrome décrit par eux sous le nom de maladie de Reichmann appartient surtout aux sténoses du pylore. Nous reviendrons sur ce point, avec tous les développements que comporte cette importante question, quand nous traiterons des sténoses.

Ce court aperçu nous montre qu'au point de vue thérapeutique, comme au point de vue clinique, il est indispensable d'établir des distinctions entre les différentes formes d'hyperpepsie. Occupons-nous d'abord des **formes atténuées**:

L'indication première est de supprimer toutes les causes susceptibles d'avoir engendré et d'entretenir la gastropathie.

Il faut donc prescrire l'observation d'une *hygiène* rigoureuse, c'est-à-dire supprimer l'usage du tabac, celui des apéritifs et des liqueurs, réprimer tous les écarts de régime, veiller à ce qu'un temps suffisant soit consacré aux repas et à ce que la mastication des aliments soit irréprochable; enfin cesser toute médication irritante.

D'autre part les malades devront mener une existence régulière, s'abstenir de travaux intellectuels exagérés, bannir autant que possible les préoccupations d'affaires qui ont une influence si grande sur la gastropathie et qui provoquent souvent des paroxysmes douloureux. Un exercice modéré, la marche, l'usage de la bicyclette dans une sage mesure seront des plus utiles aux malades ayant des occupations sédentaires, aux arthritiques, à ceux qui ont tendance à l'obésité.

(1) Ce travail est extrait de la troisième édition du *Traité de Clinique thérapeutique* qui paraîtra à la fin de décembre (G. Masson, éditeur.)

Lorsque le malade a été soumis à ces prescriptions hygiéniques, on constate parfois, au bout de quelque temps, que l'hyperpepsie n'était chez lui que passagère, déterminée par le régime ou par l'usage de certains médicaments et que le type chimique primitif est une hypopepsie plus ou moins prononcée. Dans ce cas on instituera le traitement qui sera indiqué plus loin pour la gastrite avec hypopepsie; dans le cas contraire on instituera le traitement de l'hyperpepsie, traitement qui, dans les formes atténuées que nous étudions, comporte presque uniquement l'observation du **régime.**

Il n'est pas besoin que ce régime soit très rigoureux, et il n'est pas nécessaire en général d'instituer le régime progressif, ayant la diète lactée pour point de départ, qui est indispensable dans les formes graves avec hyperchlorhydrie.

Le régime mixte d'emblée est le régime banal que l'on peut prescrire à tout dyspeptique qui ne souffre pas; il comprend l'usage des viandes, des œufs, des poissons, des féculents et des légumes verts, celui des fruits cuits et des fromages frais. Les malades devront, au début tout au moins, être très modérés dans l'usage des féculents et surtout des légumes verts; de plus le pain sera rationné et l'eau constituera l'unique boisson. Voici d'ailleurs la table du régime autorisé chez les dyspeptiques de cette catégorie :

Potages.... Bouillon de poulet, potages au lait et aux pâtes, potage aux légumes écrasés.
Viandes.... De bœuf, de mouton, d'agneau (de préférence côtelettes, filet de bœuf, côtelettes d'agneau); ris de veau, cervelles bouillies; volailles jeunes, rôties ou bouillies, maigre de jambon cru.
Poissons... Sole, merlan, perche, barbue, bar, brochet bouillis.
Œufs..... A la coque, pochés dans le bouillon; œufs sur le plat.
Crustacés.. Huîtres.
Féculents.. Lentilles, pommes de terre en purée faite au lait, nouilles.
Légumes verts et racines. Purée de navets, de petites carottes, de choux-fleurs, de fonds d'artichauts, chicorée, épinards, cresson, pissenlits.
Fruits..... Pêches, raisins crus très mûrs; compotes de pêches, de pommes, de pruneaux, de mirabelles, etc., pommes cuites au four.
Fromages.. Fromages frais, Gervais à la crème.
Entremets. Soufflés, crèmes renversées, œufs à la neige, meringues, gâteau de riz bien cuit.
Pain... ... 100 grammes de pain grillé au plus, à chaque repas, ou biscottes. Biscuits secs, non beurrés, aux collations.
Boissons... Eau de source ou bien eau d'Alet, d'Évian, de Condillac; infusions chaudes de feuilles d'oranger, menthe, tilleul, camomille, café très étendu de lait.

La médication, nous l'avons dit, peut se borner au régime; l'abstention de toute médication est de règle, au moins au début, surtout dans les formes hyperpeptiques où la sécrétion est peu abondante et la digestion courte, ce que démontrent les examens en série.

Ce qui incommode surtout les malades dans ces cas, c'est le tympanisme; aussi faut-il supprimer radicalement les farineux et réduire la quantité de pain à 50 ou 60 grammes par repas; les malades sont en général hypoazoturiques, débilités; les eaux chlorurées mixtes leur conviennent particulièrement. On prescrit à domicile une cure d'*eau de*

Santenay, dont on fait prendre un grand verre le matin à jeun; si la constipation est dominante un second verre sera donné dans l'après-midi.

Dans la belle saison une cure à *Saint-Nectaire* est également très utile à cette catégorie de malades.

Enfin l'hydrothérapie est le complément utile du traitement permanent.

L'hyperpepsie peut au contraire s'accompagner d'une sécrétion abondante, sans d'ailleurs qu'il y ait dilatation ni retard très marqué dans l'évolution digestive; dans ces cas les malades accusent toujours des sensations de fatigue, de la céphalée, de l'inaptitude au travail, de l'insomnie, etc., on constate souvent de l'azoturie.

Ici encore le régime sera la base du traitement, plus ou moins sévère suivant les cas; il sera parfois nécessaire de faire le repas du soir très léger.

L'*hydrothérapie* sera conseillée systématiquement (douches froides, en jet brisé), de plus les malades appliqueront pendant la nuit sur le creux épigastrique le *maillot humide* ou compresse de Priessnitz, c'est-à-dire une compresse pliée en quatre, imbibée d'eau froide et recouverte de taffetas chiffon.

Dans ces cas surtout qui peuvent aboutir à l'hyperchlorhydrie, il faut insister sur la nécessité d'un repos relatif, recommander le *séjour à la montagne*.

Le traitement médicamenteux qui convient, à domicile, est le traitement par le *sulfate de soude*, ou plutôt par l'eau de Carlsbad naturelle ou la solution dont nous avons indiqué la formule et le mode d'emploi, ou bien encore par l'eau de Vichy tiédie, sulfatée (4 à 6 grammes de sulfate de soude).

Ce traitement médicamenteux doit être poursuivi pendant un mois environ.

Si la saison le permet, les malades remplaceront ce traitement par un séjour à *Carlsbad* ou à *Vichy*.

S'il existe une constipation rebelle, qui peut être exagérée par le traitement salin, on combattra cette constipation plutôt par les *lavements* et le *massage* que par des médicaments.

Tel est le traitement peu compliqué des formes atténuées de l'hyperpepsie, traitement qui assure la guérison très rapidement, dans la majeure partie des cas.

Si la gastropathie a été méconnue, si le malade a négligé de s'astreindre au régime, enfin si les causes morbides ont déterminé d'emblée une excitation glandulaire excessive ou bien si le système nerveux incité a réagi d'une façon intensive, l'affection gastrique revêt une forme plus grave, plus rebelle; elle devient douloureuse, s'accompagne de troubles nerveux divers et exige un traitement méthodique, sévère et prolongé.

Les **formes graves** comprennent, nous l'avons dit, plusieurs variétés :

Entre les formes précédentes et l'hyperchlorhydrie permanente, périodique, on peut observer l'**hyperchlorhydrie discontinue**, à crises plus ou moins espacées, le malade ne souffrant pas dans l'intervalle de ces crises, quoique étant hyperpeptique

Le *repos au lit*, l'application du *maillot humide*, la *diète lactée* constituent essentiellement le traitement de ces crises; quant au traitement à prescrire, une fois la crise terminée, c'est celui qui vient d'être indiqué, ou bien si l'examen du chimisme révèle une hyperchlorhydrie latente, c'est le traitement plus sévère que nous allons formuler pour l'**hyperchloryhdrie continue à paroxysmes quotidiens avec dilatation et ralentissement des digestions.**

C'est à cette forme que s'applique la description classique de l'hyperchlorhydrie, avec ses phénomènes douloureux se manifestant, après chaque repas, trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments, avec sa crise nocturne, ses vomissements plus ou moins fréquents, etc.

Ici le traitement doit être progressif et l'alimentation réduite au minimum pour permettre à l'estomac de se reposer, à l'excitation glandulaire de s'atténuer. La réduction de l'alimentation implique le *repos au lit*, qui seul permet de la supporter et dont l'influence heureuse sur les phénomènes douloureux, sur les troubles nerveux, sur l'insomnie, n'est pas contestable.

Donc on impose le repos au lit et l'on soumet les malades au *régime lacté absolu*; ce traitement initial est complété par l'application permanente du *maillot humide*.

Le régime lacté comporte l'emploi de lait écrémé à la dose d'un litre le premier jour, pris à doses progressivement croissantes jusqu'à trois litres par jour, bu par verres, à intervalles régulièrement espacés. Il est souvent utile d'additionner chaque verre de lait de deux cuillerées à bouche d'*eau de chaux*.

Au bout de huit jours, on autorise le matin un potage au lait et au tapioca ainsi qu'un œuf mollet, et progressivement on arrivera à une alimentation plus variée. Voici d'ailleurs le tableau des diverses étapes du *régime* des hyperchlorhydriques.

1er Régime. Lait, de un litre à trois ou même quatre litres par jour, progressivement.

2e Régime. Lait, de un litre et demi à deux litres; potages au lait avec tapioca, semoule, vermicelle fin, quelques pâtes, œufs à la coque peu cuits.

3e Régime. Ajouter la viande crue de bœuf ou de mouton, pulpée, à la dose de 100 à 200 grammes par jour ; les poissons maigres (sole, merlan).

4e Régime. Continuer l'usage de la viande crue; prendre en outre de la volaille hachée, du riz de veau, de la cervelle bouillie. Purées de lentilles ou de pommes de terre au lait. Biscottes.

5e Régime. Lait au premier déjeuner et à quatre heures; au repas, boire du lait coupé au tiers d'eau d'Alet ou d'Evian, ou de l'eau pure, ou bien une infusion chaude.

Viandes grillées ou rôties, chaudes ou froides, de bœuf, de mouton, d'agneau; volailles; perdreaux, faisan frais.

Maigre de jambon.

Œufs.

Poissons maigres.

Purées de lentilles, pommes de terre, choux-fleurs, fonds d'artichauts, haricots verts, épinards, pissenlits, laitue.

Fruits cuits; marmelade de pommes.

Soufflés, crèmes cuites, œufs à la neige.

Pain grillé (80 à 100 grammes à chaque repas).

Il est difficile d'indiquer *a priori* au bout de combien de temps le malade peut passer d'un régime à un autre; l'observation attentive du malade est le seul guide qui permette de décider, dans chaque cas en particulier, de la conduite à tenir. Le retour des douleurs nécessite la réduction de l'alimentation.

Le malade peut se lever au bout d'un temps qui varie de 8 à 15 jours et même plus, suivant la gravité du cas, et reprendre peu à peu ses occupations en évitant les veillées, les fatigues de toute nature.

Il ne suffit pas de prescrire un régime, il faut combattre les douleurs et s'adresser à la cause même de la maladie ; c'est-à-dire, modérer l'excitation sécrétoire et réveiller la tonicité de l'estomac, activer la digestion dont l'évolution est ralentie.

Très souvent il suffit du repos, du régime et du maillot humide, pour calmer les douleurs. En général, lorsque les douleurs ne sont apaisées qu'incomplètement, il faut

craindre la complication d'un ulcère; il peut se faire cependant que, sans être atteints d'ulcère, les malades continuent à souffrir; il faut encore pouvoir soulager rapidement les malades quand ils sont repris inopinément de sensations douloureuses. C'est dans ce but que l'on a employé et que l'on emploie les alcalins et que l'on a recours aussi parfois aux sédatifs (opiacés, belladone, etc.).

Les alcalins constituent un moyen chimique de saturer l'acide libre et contribuent ainsi à faire disparaître les douleurs, bien que l'intensité de celles-ci soit loin d'être proportionnelle au degré d'acidité du contenu gastrique; nous nous sommes déjà expliqués sur ce point. Les alcalins, en tout cas, calment incontestablement les phénomènes douloureux et parfois instantanément; ils nous offrent donc une ressource précieuse pour soulager les malades, mais il faut se garder de les considérer, ainsi que beaucoup de médecins ont encore tendance à le faire, comme un moyen de traitement capable d'amener la guérison. Les alcalins ne sont que des agents palliatifs, dont l'emploi doit être passager; on doit leur substituer le plus rapidement possible les médications qui agissent sur l'élément sécrétoire et sur la gastrite. D'ailleurs leur emploi prolongé est dangereux; s'ils saturent l'acide lors de leur introduction dans l'estomac, ils ont, par contre, pour effet éloigné d'exciter la sécrétion; ce sont donc des armes à double tranchant permettant de combattre certains effets de la maladie, mais en entretenant la cause. Le bicarbonate de soude, ne l'oublions pas, se transforme en chlorure de sodium dans l'estomac; or, c'est aux dépens de ce chlorure que se fabrique l'acide du suc gastrique; donner du bicarbonate de soude à un hyperchlorhydique, c'est le soulager momentanément, mais c'est aussi lui fournir le moyen de sécréter de nouvelles quantités d'acide; en somme, c'est tourner dans un cercle vicieux.

Si le *bicarbonate de soude* est passible des reproches que nous venons de faire, il n'en est pas de même en ce qui concerne les alcalino-terreux, c'est-à-dire la *magnésie* et le *carbonate de chaux*; ces bases saturent également bien l'acide libre, mais sont dépourvues d'action excitante; de plus, elles ne donnent pas lieu, comme le bicarbonate de soude, à un dégagement abondant d'acide carbonique, gênant par la distension gastrique qu'il occasionne.

La magnésie sature l'acidité et forme du chlorure de magnésium qui paraît avoir une certaine action sur la motricité. (Laborde et Aguilhon de Sarran ont en effet montré qu'il excite les fibres musculaires lisses.) Quant à la craie préparée qui sature également les acides, elle se transforme en chlorure de calcium légèrement diurétique (Giacomini).

Le *sous-nitrate de bismuth* peut enfin être employé et agit non pas comme alcalin, mais comme substance isolée, empêchant le contact.

Pour les raisons qui viennent d'être indiquées, on tend aujourd'hui à substituer au bicarbonate de soude les autres alcalins, ou tout au moins à les associer à ce sel, de façon à n'employer que des doses modérées de celui-ci. Nous ne conseillons donc pas de prescrire les doses de 20 à 40 grammes de bicarbonate de soude *pro die* que nous avons vu donner, il y a quelques années, aux hyperchlorhydriques.

Théoriquement, la quantité d'alcalins administrée doit être en rapport avec celle d'acide à saturer. La chimie fournit des indications qui sembleraient devoir être prises pour guide, dans l'administration de ces médicaments, puisqu'elle nous indique la quantité de bicarbonate de soude nécessaire pour saturer une quantité d'acide chlorhydrique, et les quantités de magnésie, de phosphate ammoniaco-magnésien équivalentes; mais, à vrai dire, ces indications sont insuffisantes dans la pratique, car, si l'on peut, à l'aide du repas d'épreuve, déterminer l'acidité du suc gastrique dans chaque cas en particulier, il ne faut pas perdre de vue que le taux de l'acidité peut varier d'un jour à l'autre;

d'ailleurs, connaître le degré exact de l'acidité ne suffit pas, il faudrait encore évaluer d'une façon précise la quantité de suc gastrique sécrétée; or, à cet égard, on ne peut avoir que des données approximatives.

En réalité, le véritable criterium est la douleur; la dose suffisante est atteinte quand le malade ne souffre plus. « Nous avons, dit M. Debove, pour juger de la suffisance de la dose, un réactif excellent, la douleur. Tout malade dont le suc gastrique est neutralisé par les alcalins, cesse d'avoir les douleurs intolérables qu'il éprouvait auparavant. »

La méthode de l'administration du bicarbonate de soude et des alcalins en général par dose unique, massive, à l'heure où la douleur atteint son maximum d'intensité est aujourd'hui condamnée. On préfère prévenir la douleur en administrant une petite dose du médicament immédiatement après le repas et renouveler la même dose dès que la douleur tend à se manifester de nouveau.

Jamais les alcalins ne doivent être prescrits à jeun, car, dans ces conditions, ils excitent la sécrétion chlorhydrique. Les malades atteints d'hyperchlorhydrie qui vont suivre un traitement à Vichy, nous reviennent souvent avec une aggravation.

Si l'on prescrit le bicarconate de soude seul, on le donnera par paquets de 1 gramme, de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, après le repas. Si l'on associe le bicarbonate de soude à d'autres alcalins, on pourra employer l'une ou l'autre des formules suivantes, en observant les mêmes règles pour l'administration des médicaments :

1.	Bicarbonate de soude	0 gr. 60
	Craie préparée	0 gr. 20

pour un cachet.

2.	Bicarbonate de soude	1 gramme
	Craie préparée, Magnésie calcinée	aa 0 gr. 20

pour un cachet.

3.	Bicarbonate de soude	1 gramme
	Magnésie calcinée, Phosphate ammoniaco-magnésien	aa 0 gr. 20

pour un cachet.

On peut encore calmer les douleurs à l'aide d'un mélange de magnésie et de sous-nitrate de bismuth :

Magnésie	5 parties
Sous-nitrate de bismuth	15. —

pour 10 paquets. Un toutes les heures.

L'emploi du sous-nitrate de bismuth à doses massives doit être réservé pour les formes d'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion permanente.

Jaworski fait prendre le matin à jeun, dans un verre d'eau de Seltz, l'un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude	0 gr. 60
Biborate de soude	0 gr. 20
Salicylate de soude	0 gr. 15

et après chaque repas un autre paquet ainsi composé :

Bicarbonate de soude	0 gr. 40
Biborate de soude	0 gr. 15
Salicylate de soude	0 gr. 10

(Le salicylate de soude correspond à l'indication de combattre les fermentations

anormales, la flatulence et les douleurs qui en sont directement la conséquence; mais les doses de bicarbonate de soude de ces formules sont insuffisantes).

Einhorn prescrit la poudre composée suivante :

Magnésie calcinée	ää	7 gr. 50
Poudre de rhubarbe		
Carbonate de soude desséché	ää	15 grammes
Bicarbonate de soude		
Sucre en poudre		
Essence de menthe poivrée		q. s.

1/2 à 1 cuillerée à café, deux heures après chaque repas, dans de l'eau de Vichy.

Rosenheim fait prendre trois fois par jour, après le repas, une demi-cuillerée à café de la poudre suivante :

Magnésie calcinée		6 grammes
Bicarbonate de soude	ää	5 grammes
Poudre de racine de rhubarbe		
Extrait de belladone		0 gr. 10

En associant le bicarbonate de soude aux autres alcalins, on peut réduire notablement la quantité de bicarbonate de soude nécessaire pour saturer l'acide, car 1 gramme de magnésie et 1 gramme de phosphate ammoniaco-magnésien équivalent à 2 grammes de bicarbonate de soude.

Il est rare que la douleur ne cède pas à l'emploi de ces moyens; elle est parfois telle cependant que l'on est autorisé à employer exceptionnellement les médicaments nervins. A l'opium, qui peut augmenter l'excitabilité stomacale, on préférera la *belladone* sous forme de teinture ou d'extrait (0 gr. 02 à 0 gr. 65 en potion), qui peut contribuer également à combattre les vomissements. Quant à l'eau chloroformée, aux bromures, etc., ils sont en général mal supportés.

Quand les douleurs sont au contraire peu intenses, un verre de lait suffit parfois à les calmer.

Tels sont les moyens palliatifs qui permettent d'attendre les résultats durables qui résultent de l'observation du repos et du régime. Lorsque les phénomènes aigus critiques sont dissipés, on institue alors le traitement par l'*eau de Vichy sulfatée* ou par l'*eau de Carlsbad artificielle*, dont il a été question précédemment.

Boas fait prendre, le matin à jeun et deux heures avant chaque repas, dans un demi-verre d'eau tiède, une demi-cuillerée à café de :

Sulfate de soude	30	grammes
— de potasse	5	—
Chlorate de soude	30	—
Carbonate de soude	25	—
Biborate de soude	10	—

La constipation, qui est un des symptômes surajoutés habituels de l'hyperchlorhydrie, doit plutôt être combattue par les lavements et ultérieurement par le massage que par les laxatifs; cependant, il sera parfois nécessaire d'administrer de temps en temps de l'huile de ricin à petites doses, le mélange de soufre, de magnésie et de crème de tartre.

La dilatation de l'estomac est la conséquence des troubles évolutifs; elle tend à diminuer au fur et à mesure que les digestions s'accélèrent sous l'influence du traitement précédent. Vouloir la combattre par les médicaments excito-moteurs, c'est-à-dire par la noix vomique ou la strychnine, serait illusoire et dangereux, car ces médicaments excitent

la sécrétion. Par contre, il est un moyen physique que l'on peut employer sans crainte, dans l'intervalle des périodes de crises et si le malade ne présente pas de symptômes permettant de soupçonner l'ulcère, tels que douleur limitée à la pression et tranfixive, intensité particulière des douleurs, hématémèses ou vomissements mélangés d'une petite quantité de sang ; ce moyen, c'est le *massage de l'estomac* ; les premières séances de massage seront courtes et le masseur évitera les pressions profondes au début.

Il n'a pas été question jusqu'ici du lavage de l'estomac ; c'est qu'en effet le lavage ne répond à aucune indication précise ; il peut, au contraire, déterminer l'excitation sécrétoire et produire un effet contraire à celui que l'on veut obtenir. Le lavage n'est indiqué que dans les formes d'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion, dont il sera question plus loin.

Le traitement général a la plus grande importance dans le traitement de l'hyperchlorhydrie. Nous avons insisté sur la nécessité du repos dans les crises aiguës avec douleurs et vomissements. Lorsque les malades seront autorisés à reprendre leurs occupations, on insistera auprès d'eux pour qu'ils évitent tout surmenage, pour qu'ils mènent une vie régulière et se gardent des veillées, de la vie de cercle, etc. Ils devront consacrer dix heures au moins au sommeil. Le tabac sera rigoureusement interdit.

Les *bains tièdes* seront utiles au moment des paroxysmes douloureux ; ils contribuent à calmer les douleurs et peuvent procurer le sommeil, quand ils sont pris le soir. Quand à l'*hydrothérapie*, elle rend les plus grands services, à la condition d'être appliquée avec discernement. La douche froide d'emblée est, en général, mal supportée. On commencera donc par prescrire des douches tièdes, en pluie, de 3 à 5 minutes de durée, en évitant de toucher au creux épigastrique. Ces douches tièdes ont un effet sédatif puissant. Après une série de douches tièdes, on leur substituera la douche écossaise et l'on n'arrivera à la douche froide que progressivement.

Pendant la belle saison, les malades pourront poursuivre le traitement hydrothérapique à *Divonne*, à *Champel* ou dans tout autre établissement où l'air pur, le repos associeront leurs effets à celui de l'hydrothérapie.

Tous les malades atteints de gastropathie consultent avec insistance le médecin sur l'opportunité d'une cure hydro-minérale. S'il est des cas où il faut être réservé dans l'emploi des cures thermales, c'est bien ceux où l'hyperchlorhydrie est en cause. A notre avis, aucun traitement par ingestion d'eau n'est utile dans l'hyperchlorhydrie ; les eaux alcalines en particulier peuvent exagérer le type morbide, ainsi qu'il a été dit. On mettra donc les malades en garde contre Vichy et les eaux similaires. Si donc, en vertu de la tradition, les malades ne renoncent pas à l'idée, de chercher la guérison dans une station thermale, on se bornera à leur recommander un traitement externe à *Néris*, à *Plombières*, à *Luxeuil*, etc., dont les eaux agissent uniquement par leur haute thermalité. Peut-être pourrait-on faire exception pour Saint-Nectaire, dont les propriétés sédatives ont été vantées dans ces dernières années ; mais l'effet physiologique de ces eaux est encore trop mal connu pour qu'on puisse donner à cet égard des indications précises.

Si le traitement hydro-minéral n'est recommandable qu'avec les réserves que nous venons de formuler, il n'en est pas de même des *cures climatériques* qui doivent être, chez tous les malades en état de se déplacer, un complément nécessaire du traitement. Tel malade, qui sera soigné sans grands résultats pendant tout un hiver, retrouvera parfois la santé après un séjour en Suisse d'assez longue durée. En principe les malades peuvent s'améliorer partout, sans qu'il y ait lieu de recommander une campagne plutôt qu'une autre ; cependant, nos préférences sont pour le séjour à une altitude modérée, entre 600 et 1,000 mètres.

L'air de la montagne est plus pur, plus léger que celui de la plaine et le spectacle de la montagne n'est pas sans exercer d'influence sur le système nerveux. Le séjour au bord de la mer ne convient pas aux hyperchlorhydriques; exception peut être faite cependant pour la plage abritée d'Arcachon ou pour celle de Biarritz; en tout cas, les bains de mer seront formellement interdits.

L'hyperchlorhydrie, sans hypersécrétion continue, peut guérir sous l'influence d'un traitement périodique et prolongé, mais elle est sujette à récidive. Négligée, ou traitée de façon non méthodique, par l'usage exclusif et abusif des alcalins, elle persiste, s'aggrave, et peut aboutir à l'hypersécrétion permanente, à l'ulcère.

L'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue est l'expression de l'irritation gastrique portée à son summum. Ainsi que nous le verrons, quand nous traiterons des sténosos du pylore, il est probable qu'un certain nombre de cas étiquetés maladie de Reichmann doivent être distraits de l'hypersécrétion pour être rattachés aux sténoses, mais l'existence de l'hypersécrétion indépendante de toute sténose n'en est pas moins réelle et admise par tous les médecins qui se sont occupés spécialement des affections de l'estomac. Le liquide résiduel n'est jamais très abondant, en l'absence de sténose: quant à la stase alimentaire, elle ne s'observe, dans les mêmees conditions, que dans les cas d'hypersécrétion anciens déjà de plusieurs années et qui se sont compliqués d'atonie gastrique.

Les causes de l'hypersécrétion sont les mêmes que celles de l'hyperchlorhydrie digestive et son traitement n'en diffère pas sensiblement; mais la maladie est généralement rebelle à tout traitement.

Le régime devra être plus sévère encore que celui de l'hyperchlorhydrie. Le *repos au lit* et le *régime lacté absolu* seront maintenus pendant plusieurs semaines et le *régime mixte* institué avec une lente progression. Le premier aliment que l'on associera au lait sera la viande crue pulpée, de bœuf ou de mouton, dont on donnera seulement 30 à 60 grammes, deux fois par jour, au début, et dont on augmentera progressivement les doses. On peut encore utiliser la poudre de viande mélangé à du bicarbonate de soude, suivant le procédé de M. Debove, et délayée dans du lait. On commencera par en donner 50 grammes par jour, puis on portera successivement la dose à 50, 100, 150 et même 200 grammes de poudre. Lorsqu'on atteint 100 grammes, il est nécessaire d'avoir recours à la sonde pour faire pénétrer la poudre dans l'estomac; matin et soir les malades introduiront la sonde. La poudre doit être humectée lentement de lait et écrasée dans un bol, de façon qu'elle ne forme pas de grumeaux qui resteraient adhérents à la sonde.

Les aliments amylacés sont très mal supqortés par les hypersécréteurs, car en pénétrant dans l'estomac ils se trouvent au contact d'une notable proportion d'acide libre qui entrave l'amylolyse; toutefois le régime azoté intégral ne peut être maintenu indéfiniment; lors donc qu'une certaine amélioration aura été obtenue, lorsque les douleurs auront disparu, que l'hypersécrétion aura diminué, on pourra donner quelques aliments amylacés. On commencera, par exemple, à ajouter au lait 40 à 50 grammes de lactose (M. Mathieu); puis des féculents très cuits et incorporés au lait (tapioca au lait, bouillies bien cuites); en dernier lieu, on permettra les purées de lentilles, de pommes de terre et enfin la croûte de pain grillé, les gâteaux très secs qui contiennent une certaine quantité de dextrine. Pour favoriser la digestion des amylacés, Bouveret conseille de les donner le matin, après avoir pratiqué le lavage de l'estomac et d'administrer, en même temps, du bicarbonate de soude; mais on ne peut prolonger indéfiniment l'emploi des lavages. Il vaut mieux, ainsi que l'indique Boas, administrer en même temps la maltine. Si l'amélio-

ration obtenue persiste, on arrive peu à peu à un régime mixte analogue à celui qui a été indiqué précédemment.

On sera toujours très réservé dans l'emploi des végétaux qui laissent des résidus abondants et sont évacués difficilement par l'estomac. De plus, on rationnera toujours les liquides, car ceux-ci s'accumulent dans l'estomac. On permettra deux verres au plus à chaque repas, soit d'eau pure ou d'une infusion chaude, soit de lait.

Au début, lorsque le malade est encore au régime du lait et de la viande pulpée, on peut suppléer à l'insuffisance des boissons par l'emploi des *lavements désaltérants*, composés d'un à deux verres d'eau tiède, que le malade gardera.

Comme dans l'hyperchlorhydrie simple, les douleurs sont calmées par les *alcalins*, mais elles ne le sont qu'incomplètement; de plus, elles surviennent en dehors de la période digestive, se manifestent pendant la nuit et nécessitent l'emploi, pour ainsi dire interrompu, du bicarbonate de soude.

Le *pansement au bismuth*, si efficace dans l'ulcère de l'estomac, peut être employé aussi dans l'hypersécrétion et calme parfois les douleurs presque instantanément; on introduit par la sonde ou les malades avalent directemedt 15 grammes de sous-nitrate de bismuth délayé dans du lait ou de l'eau tiède (200 grammes). Ce pansement peut être continué pendant 8 à 10 jours consécutifs. L'intensité et la continuité des douleurs conduisent nombre des hypersécréteurs à user, puis à abuser de la *morphine*. Le *lavage de l'estomac*, inutile dans la forme précédente, devient, au contraire, indiqué dès que l'on constate la présence de liquide dans l'estomac à jeun; il contribue puissamment à supprimer les vomissements, les douleurs, en évacuant les liquides irritants et les résidus alimentaires, quand la dilatation se complique de stase. En général, un seul lavage suffit dans les vingt-quatre heures ; Riegel conseille de le faire quelques instants avant le repas du soir; M. Hayem le fait pratiquer le matin; Ewald, Honigman, etc. conseillent, dans les cas où la crise nocturne enlève tout repos, de faire un lavage vers dix ou onze heures du soir. Parfois, l'intensité des douleurs, la fréquence des vomissements nécessitent deux lavages quotidiens. Les lavages se font maintenant exclusivement avec l'eau bouillie, sans addition de substance médicamenteuse.

Il faut se garder de les multiplier et d'en prolonger inutilement l'emploi. Quand les vomissements ont cessé, que les douleurs sont apaisées, on les espace de façon à ne plus laver l'estomac que tous les deux ou trois jours; on n'oubliera pas que le lavage, tout en soulageant les malades, contribue à les affaiblir en enlevant à l'organisme des liquides et des matériaux alimentaires qui auraient pu être utilisés.

(A suivre).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 novembre 1898

Présidence de M. le Pr POUCHET, président

M. Gallois soumet à la Société un *procédé pour empêcher le suintement persistant à la suite des ponctions d'ascite chez les cirrhotiques et les cardiaques.* Lorsqu'on ponctionne une ascite, il arrive parfois que l'écoulement du liquide persiste pendant un temps assez long; il se produit alors de l'érythème dans les points sur lesquels coule le liquide; M. Gallois a pu constater que cet écoulement persistant constitue un fâcheux pronostic, car les malades succombent, en général, assez rapidement dans ces conditions. Le liquide ne provient pas de la cavité péritonéale, mais bien des parois de l'abdomen; pour éviter l'écoulement, il faut obturer le point où a été faite la ponction; or, l'ouate et le collodion ne suffisent pas alors, car ce dernier n'adhère pas sur la peau humide. M. Gallois est parvenu à supprimer le suintement par le procédé suivant. Il place le doigt sur la plaie, sèche le pourtour avec de l'ouate et saupoudre d'amidon; ensuite, il pose sur la plaie, en le glissant sous le doigt, un petit morceau d'amadou de forme carrée, et par-dessus trois autres morceaux de taille toujours plus grande; le pansement est fixé par des mèches d'ouate collodionnée placées en croix. De cette façon, on évite complètement le suintement persistant.

M. Weber fait remarquer qu'il existe un procédé plus simple et fort suffisant : c'est l'expression digitale de la paroi cutanée au point où on a ponctionné; une fois les tissus bien dégorgés, la fermeture à l'ouate collodionnée s'effectue facilement.

M. Gallois croit que son procédé offre plus de garanties.

M. Camescasse demande si, vraiment, les indications à l'occlusion immédiate des plaies de ce genre existent? Autrefois, elles constituaient un danger grave d'infection, mais aujourd'hui, on se met à l'abri de ce danger avec d'élémentaires précautions antiseptiques. L'orateur trouve, au contraire, qu'il y a intérêt à laisser se prolonger un écoulement de ce genre, et cite une observation démonstrative à cet égard; le suintement, qu'on s'efforçait d'empêcher par tous les moyens, ayant persisté chez le malade, la guérison s'ensuivit au bout d'un certain temps. L'écoulement persistant ne constitue donc pas un pronostic fâcheux dans tous les cas, mais il est certain qu'on l'observe surtout chez des malades arrivés à la période ultime de leur affection.

M. Mathieu donne lecture d'un travail sur l'*urémie gastrique dans ses formes lentes, souvent méconnues.* L'orateur n'apporte qu'une seule observation, mais elle servira à attirer l'attention sur ces faits plus fréquents qu'on ne le croit d'ordinaire. Il s'agit d'un malade de 29 ans, qui se plaignait de grande fatigue avec état nauséeux persistant : au bout de quelque temps apparurent des vomissements, d'abord tous les 3 à 4 jours, puis, à la fin, tous les jours. Pas d'albuminerie. Un traitement par les vésicatoires appliqués sur l'épigastre, ne soulagea pas le malade et à partir de ce moment, les urines contenaient 0 gr. 24 d'albumine par litre. Quand l'orateur vit ce malade pour la première

fois, l'affection avait progressé et les urines contenaient 5 grammes d'albumine par litre. Malgré un traitement approprié, la mort survint peu de temps après l'entrée à l'hôpital.

Il faut considérer les phénomènes observés au début dans ce cas comme des auto-intoxications dépendant d'une affection rénale : les erreurs de diagnostic sont fréquentes dans ces circonstances, et comme l'institution d'un traitement spécifique peut seule avoir une influence heureuse sur la marche de l'affection, il importe de fixer les points de repère permettant de guider le praticien. Quand on trouve des symptômes nets de brightisme, quand les urines sont albumineuses, les difficultés sont faciles à vaincre ; mais il n'en est pas de même quand les urines ne présentent aucune trace d'albumine et qu'on ne trouve que des symptômes de petit brightisme (refroidissement général, maux de tête, dyspnée, doigt mort, etc.). Dans ces cas, ce sont surtout les caractères propres de l'état nauséeux qui serviront de guide : les nausées ont une persistance et une ténacité remarquables, qu'on n'observe pas dans les affections nerveuses ou les gastrites chroniques. Les vomissements, quelquefois alimentaires au début, sont souvent jaunâtres, liquides, rappelant le bouillon tourné : on observe aussi des crampes douloureuses de la région stomacale.

Le seul traitement rationnel de l'urémie gastrique consiste dans la suppression de l'intoxication gastro-intestinale : on commence à mettre les malades à la diète hydrique, puis, au bout de quelques jours, on autorise le lait. En outre, on pratiquera l'antisepsie intestinale par l'administration de purgatifs énergiques (la scammonée semble préférable à l'auteur), donnés presque tous les jours. On y associera les lavements purgatifs, les grands lavages intestinaux. On arrivera ainsi à combattre les phénomènes urémiques ; chez les malades non soignés rationnellement, les toxines sont de temps en temps éliminées par une crise de vomissements ; peu à peu, la réinfection se fait et aboutit à une nouvelle crise d'exacerbation : mais il va sans dire que ces phénomènes de défense sont insuffisants pour rendre la santé aux patients.

M. Bardet présente un nouveau perfectionnement de la bobine de Rumkhorff, modifiée par M. Rochefort. Dans le dispositif actuel, on a deux bornes pour le secondaire, dont l'une, placée près du primaire, présente une tension très faible, l'autre, placée loin du primaire, une tension très forte. Si on réunit la première de ces bornes à la terre, on obtient, à l'autre borne, un appareil statique avec tension vibratoire. Un malade, placé sur un tabouret isolant et influencé par la seconde borne, pourra être traité par les mêmes méthodes que les malades soumis à la franklinisation classique (effluves, étincelles, etc.). Ce dispositif a l'avantage de supprimer tout moteur. L'endoradioscopie se fait très facilement avec cet appareil, et l'examen radioscopique est fort aisé, car la lumière ne présente pas les vibrations fatigantes qui gênent d'ordinaire l'observateur. Cette dernière propriété des rayons émanant de l'ampoule tient aux perfectionnements apportés à l'interrupteur.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Action du sérum antistreptococcique dans l'érysipèle de la face, par ANDRÉ *(Revue médicale de l'Est*, n° 17). — M. André relate cinq cas d'érysipèle graves traités par le sérum de Marmorek. La chute de la température a toujours été obtenue en 24 heures ; même quand la chute brusque ne se produit pas, l'inoculation de sérum a toujours une influence heureuse qui s'indique par un abaissement d'un 1/2 degré, d'un degré et même davantage. Une seule fois l'érysipèle a continué à évoluer à froid après l'abaissement de la température.

Les inoculations n'ont eu aucun retentissement local ni général.

G. LYON.

Traitement de l'érysipèle par la chaleur (*Wratsch*, n° 29, 1898). — RABINOWITSCH fait connaître le traitement suivant de l'érysipèle :

Les régions malades sont recouvertes de gaze mouillée; un tampon ouaté trempé dans l'alcool et tenu par une pince est allumé et passé sur les régions malades jusqu'à ce que le sujet ne puisse plus supporter la douleur.

Cette sorte de calcination est faite trois fois de suite et répétée trois fois en 24 heures.

Il en résulte une forte élévation de la température locale : quelquefois aussi il se forme des ampoules, surtout dans les cas où, avant le traitement, il en existait déjà un certain nombre.

Dans les cas où l'érysipèle est très étendu, par exemple dans les cas où le processus érysipélateux avait atteint toute la région dorsale, l'auteur s'est contenté de ne calciner que les régions marginales. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. On est arrivé bien des fois à faire avorter le processus pathologique en l'espace de 24 heures; mais, d'une façon générale, au bout de 7 jours de traitement, on arrêtait complètement la maladie.

Le nombre total des cas où Rabinowitsch a appliqué le traitement que nous avons décrit plus haut est de 200.

B. TAFT.

Du sérum antistreptococcique dans la scarlatine (*Wratsch*, n° 31, 1898). — Dans 10 cas de scarlatine très grave qu'OBIENSKI eut l'occasion d'observer, il employa le sérum antistreptococcique du Dr Bujwid.

Le résultat obtenu fut des plus favorables, car, sur les dix malades, il n'y a eu que deux morts.

L'action favorable du sérum antistreptococcique s'est manifestée tout d'abord par la diminution de la durée de la maladie. En outre, la fièvre tombait ordinairement le septième jour, et la desquamation s'arrêtait à la fin de la deuxième semaine.

Aucune complication du côté des reins n'a été observée.

Ajoutons que le sérum n'a exercé aucune action sur la suppuration des ganglions lymphatiques.

B, TAFT.

A propos du sérum antituberculeux de Maragliano (*Therap. Monatshefte*, octobre 1898). — ULRICH, de Copenhague, a traité 7 tuberculeux par la sérothérapie : les injections ont été bien supportées; les résultats thérapeutiques furent très variables. 4 malades présentèrent une euphorie remarquable au cours du traitement; pas d'hémoptysies : l'action hypothermisante des injections chez les fébricitants est manifeste et se produit le jour même de l'intervention. Si l'on cesse le traitement, la suppression de la fièvre apparaît comme un résultat définitivement acquis (action antitoxique spécifique ?).

Les signes physiques du côté des organes thoraciques n'ont été, en revanche, que peu modifiés, et l'amélioration, lorsqu'elle a été observée, a été de courte durée.

Une action curative de l'entité morbide que constitue la tuberculose pulmonaire, ne paraît pas pouvoir être attribuée au sérum de Maragliano.

E. VOGT.

Quelques cas désespérés de fièvre typhoïde traités avec ou sans emploi de bains froids (*Medical Record*, 1er oct. 1898). — Baruch, de New-York, s'appuyant sur une série de cas observés par lui, et cherchant surtout à lutter contre les toxines plus que contre l'hyperthermie, croit pouvoir admettre que le bain froid agit surtout en produisant un shock, suivi d'une énergique réaction, qui permet à l'organisme d'éliminer ces toxines. Mais il est des cas où le shock devient un danger pour le cœur et le système nerveux : il faudra, alors, chercher l'effet antitoxique au moyen de pratiques hydrothérapiques moins énergiques (ablutions à l'éponge douce, affusion, etc.). En somme, ne pas s'en tenir aux formules rigides de Brandt, mais varier l'intervention selon chaque cas particulier.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Guérison des adénites cervicales sans cicatrices, par M. Calot, de Berck (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — Selon l'orateur, on en vient trop facilement à l'extirpation par le bistouri, dans la thérapeutique des adénites strumeuses du cou. Ces hypertrophies évoluent ou bien vers la *résolution* que favorise le traitement général, la toilette antiseptique du territoire de ces ganglions, l'air marin ; ou bien vers la *suppuration*. Si les ganglions demeurent *stationnaires*, on peut provoquer leur ramollissement par l'injection plusieurs fois répétée à 2 jours d'intervalle de 2 à 3 grammes d'une solution de chlorure de zinc au 1/50. Lorsque la fluctuation est manifeste, on fait la *ponction* et l'*injection de naphtol camphré*. On aboutit ainsi à la guérison sans cicatrice. La condition de réussite *sine qua non* est l'absence de toute altération de la peau. L'aiguille employée doit être très fine. Dans le cas où la peau est ulcérée, le traitement sanglant devient préférable à tout autre. La suture intradermique de Pozzi terminant l'ablation au bistouri, donne des cicatrices presque invisibles ; mais elle ne met pas à l'abri de la transformation chéloïdienne. M. Le Dentu appuie cette manière de voir ; le naphtol camphré est, selon lui, le meilleur liquide à injecter. Les injections ne sont passibles que d'un reproche, celui de produire parfois de petites escarres qui laissent des cicatrices, comme le fait observer M. Grisard, de Paris. Mais on les évitera en enfonçant l'aiguille au centre même des ganglions et en évitant, par un brusque retrait sans pression, l'infiltration des cavités superficielles par le liquide modificateur. Tel est l'idéal à atteindre ; mais il ne faut pas se dissimuler que beaucoup d'hypertrophies ganglionnaires demeurent désespérément stationnaires, sans évoluer ni dans un sens, ni dans l'autre. Ces masses indurées ne sont justiciables que de l'extraction sanglante.

Aug. Benoit.

Traitement du spina-ventosa tuberculeux, par M. Ménard, de Berck (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — Les lésions sont primitivement *centrales* et gagnent les articulations voisines, en respectant celles qui sont plus ou moins protégées par une épiphyse. Il suit de là que, pour les phalanges, le premier métacarpien, le premier métatarsien, la propagation articulaire se fait par le bout périphérique, de préférence ; au contraire, la tuberculose des 4 derniers métacarpiens et métatarsiens, se propage au carpe et au tarse. Le véritable traitement conservateur doit être l'*évidement* à la période fistuleuse. Celui-ci est supérieur à l'ablation sous-périostée, car il n'y a pas de reproduction osseuse. Si l'on attend que le mal envahisse les articulations, il ne reste qu'à faire l'amputation, au lieu de conserver des segments de doigts inutiles. Il faut, cependant, pensons-nous, tenir grand compte des professions, un dessinateur, par exemple, ayant le plus grand intérêt à ce que l'amputation soit la plus parcimonieuse possible.

Aug. Benoit.

Traitement des néoplasmes malins des os longs (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 12, 1898). — Wiesinger rappelle que le siège de prédilection de ces néoplasmes est la partie de la diaphyse qui avoisine l'épiphyse. Jusqu'à ce jour, on a toujours, par suite de la fréquence des métastases et récidives, préféré faire l'amputation loin du siège des tumeurs ; mais on rencontre souvent chez des malades, une opposition invincible au moment où l'opération peut encore être suivie de succès. C'est pourquoi plusieurs auteurs, et Mikulicz tout spécialement, ont proposé de recourir, dans certains cas, à la résection, qui est plus facilement acceptée. Certaines variétés (sarcomes myelogènes à cellules géantes par exemple) se prêtent à cette intervention, mais Mikulicz n'a pas hésité à adopter cette méthode même pour les sarcomes malins, et Wiesinger a suivi cet exemple dans 3 cas, qui ont tous guéri.

Deux circonstances peuvent se présenter, qui forceront de recourir à l'amputation : 1° l'extension de la tumeur vers les parties molles, principalement vers les gros vaisseaux de la région ; 2° l'absence de consolidation après la résection : cet accident est surtout grave quand il s'agit du membre inférieur. La formation d'un cal constitue il est vrai la règle, car on a, le plus souvent, affaire à des patients encore jeunes, chez lesquels la consolidation s'effectue en général facilement.

E. Vogt.

Résultats des ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables (*Congrès de Chirurgie*, 24 octobre 1898). — M. Tuffier avait, en juin 1896, pratiqué la ligature des vaisseaux utérins et utéro-ovariens chez une femme qui n'a succombé à la généralisation qu'en août 1898.

Chez 6 autres malades, l'évolution du néoplasme n'a pas été sensiblement arrêtée ni modifiée ; cependant, les pertes très abondantes, les écoulements ichoreux ont diminué dans des proportions très notables.

Il ne faut donc pas attendre de ces ligatures le moindre effet curatif, mais on peut en retirer un certain bénéfice, au point de vue palliatif.

M. Tuffier n'a traité que 3 fibromes par cette méthode, en liant seulement les artères utérines. Dans les 3 cas, qui, il est vrai, ne datent pas d'une année, les pertes se sont arrêtées, mais la tumeur ne semble pas avoir rétrocédé.

M. Le Dentu a essayé plusieurs fois la ligature des deux linguales dans les cas de cancer de la langue, et n'a jamais observé qu'une amélioration passagère.

M. Roux, de Lausanne, a pratiqué parfois la ligature des deux hypogastriques pour des cancers utérins inopérables, et l'amélioration consécutive n'a duré que quelques semaines.

R. Blondel.

Chirurgie des voies biliaires, par MM. Delagenière et Duret (*XII^e^ Congrès français de Chirurgie*). — Après avoir exposé sa statistique, M. Delagenière conseille en principe de compléter toute opération faite sur les voies biliaires principales par la *cholécystostomie*. Celle-ci agit en désinfectant les voies biliaires et aussi en détournant momentanément le cours de la bile. La tension diminue de ce fait dans les voies biliaires, et les sutures faites sur les conduits sont sauvegardées, tandis que la péritonite par effusion de bile est évitée. Si la vésicule est par trop atrophiée, on doit créer, dans les adhérences, une fistule temporaire. — M. Duret a pu récemment enlever une tumeur du volume des deux poings, située sous l'épiploon, le gros intestin et le côté droit de l'estomac, adhérente à ces parties et soudée à une lame du foie de la largeur de la main. Avant d'enlever le néoplasme, deux pinces-clamps furent appliquées sur la large portion triangulaire du foie qui comprenait la tumeur. Le canal cystique hypertrophié servit de pédicule et fut fixé à la paroi. Une fois la tumeur enlevée et les pinces ôtées, 3 ou 4 ligatures isolées furent nécessaires, après quoi il sutura soigneusement les surfaces de section du foie. Guérison opératoire. La tumeur fut reconnue épithéliale.

Aug. Benoit.

De l'œsophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'œsophage thoracique, par M. Forgue, de Montpellier (*Ibid.*). — L'auteur communique l'observation d'un enfant de 8 ans, qui avait, depuis 3 mois, dans l'œsophage un gros sou que les radiographies montraient fixé au niveau du 4^e^ espace intercostal, nettement à droite de la silhouette des corps vertébraux. Un confrère avait échoué dans ses manœuvres d'extraction par le panier de Grœfe. M. Forgue ne crut pas devoir les essayer, ce qu'il dut regretter, puisqu'il dut ensuite recourir à ce moyen pour délivrer son malade. Mais son opération inutile lui a appris que l'accès de l'œsophage thoracique est plus facile par la *gauche*, ainsi que le conseillent MM. Quénu et Hartmann, que par la droite, ce que la position du corps étranger l'avait engagé à tenter. Après incision verticale de 0 m.14 sur l'angle des côtes et résection de 0 m.05 des 4^e^ 5^e^, et 6^e^ côtes entre le bord spinal de l'omoplate et la ligne épineuse, il put, à la vérité, sentir le sou enclavé tout près du bord droit des vertèbres, mais son doigt fila dans le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre, poussant en avant l'œsophage devenu mobile. Ces dispositions n'existent pas semblables à gauche, où il est plus facile de trouver le plan de clivage entre l'œsophage et la plèvre, malgré le voisinage de l'aorte. Douze jours après cette intervention, l'auteur fit avec succès l'ablation du sou au moyen du panier de Grœfe qu'il fallut tirer fortement. La plaie opératoire avait été maintenue ouverte, afin de permettre l'introduction de la main, si besoin était, mais toute manœuvre de ce côté fut inutile. En raison de l'étranglement bronchique du conduit œsophagien, le point d'enclavement habituel des corps étrangers correspond à la portion moyenne de l'œsophage thoracique, de la 5^e^ à la 7^e^ vertèbre dorsale. C'est en ce point qu'il faut aller à leur recherche, en prenant la voie médiastine gauche (Quénu et Hartmann), soit pour faciliter l'extraction par les voies naturelles, si cette dernière avait échoué, soit pour faire cette ablation par l'œsophagotomie.

Aug. Benoit.

Quelques cas désespérés de fièvre typhoïde traités avec ou sans emploi de bains froids (*Medical Record*, 1er oct. 1898). — Baruch, de New-York, s'appuyant sur une série de cas observés par lui, et cherchant surtout à lutter contre les toxines plus que contre l'hyperthermie, croit pouvoir admettre que le bain froid agit surtout en produisant un shock, suivi d'une énergique réaction, qui permet à l'organisme d'éliminer ces toxines. Mais il est des cas où le shock devient un danger pour le cœur et le système nerveux : il faudra, alors, chercher l'effet antitoxique au moyen de pratiques hydrothérapiques moins énergiques (ablutions à l'éponge douce, affusion, etc.). En somme, ne pas s'en tenir aux formules rigides de Brandt, mais varier l'intervention selon chaque cas particulier.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Guérison des adénites cervicales sans cicatrices, par M. Calot, de Berck (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — Selon l'orateur, on en vient trop facilement à l'extirpation par le bistouri, dans la thérapeutique des adénites strumeuses du cou. Ces hypertrophies évoluent ou bien vers la *résolution* que favorise le traitement général, la toilette antiseptique du territoire de ces ganglions, l'air marin ; ou bien vers la *suppuration*. Si les ganglions demeurent *stationnaires*, on peut provoquer leur ramollissement par l'injection plusieurs fois répétée à 2 jours d'intervalle de 2 à 3 grammes d'une solution de chlorure de zinc au 1/50. Lorsque la fluctuation est manifeste, on fait la *ponction* et l'*injection de naphtol camphré*. On aboutit ainsi à la guérison sans cicatrice. La condition de réussite *sine qua non* est l'absence de toute altération de la peau. L'aiguille employée doit être très fine. Dans le cas où la peau est ulcérée, le traitement sanglant devient préférable à tout autre. La suture intradermique de Pozzi terminant l'ablation au bistouri, donne des cicatrices presque invisibles ; mais elle ne met pas à l'abri de la transformation chéloïdienne. M. Le Dentu appuie cette manière de voir ; le naphtol camphré est, selon lui, le meilleur liquide à injecter. Les injections ne sont passibles que d'un reproche, celui de produire parfois de petites escarres qui laissent des cicatrices, comme le fait observer M. Guinard, de Paris. Mais on les évitera en enfonçant l'aiguille au centre même des ganglions et en évitant, par un brusque retrait sans pression, l'infiltration des cavités superficielles par le liquide modificateur. Tel est l'idéal à atteindre ; mais il ne faut pas se dissimuler que beaucoup d'hypertrophies ganglionnaires demeurent désespérément stationnaires, sans évoluer ni dans un sens, ni dans l'autre. Ces masses indurées ne sont justiciables que de l'extraction sanglante.

Aug. Benoit.

Traitement du spina-ventosa tuberculeux, par M. Ménard, de Berck (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — Les lésions sont primitivement *centrales* et gagnent les articulations voisines, en respectant celles qui sont plus ou moins protégées par une épiphyse. Il suit de là que, pour les phalanges, le premier métacarpien, le premier métatarsien, la propagation articulaire se fait par le bout périphérique, de préférence ; au contraire, la tuberculose des 4 derniers métacarpiens et métatarsiens, se propage au carpe et au tarse. Le véritable traitement conservateur doit être l'*évidement* à la période fistuleuse. Celui-ci est supérieur à l'ablation sous-périostée, car il n'y a pas de reproduction osseuse. Si l'on attend que le mal envahisse les articulations, il ne reste qu'à faire l'amputation, au lieu de conserver des segments de doigts inutiles. Il faut, cependant, pensons-nous, tenir grand compte des professions, un dessinateur, par exemple, ayant le plus grand intérêt à ce que l'amputation soit la plus parcimonieuse possible.

Aug. Benoit.

Traitement des néoplasmes malins des os longs (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 12, 1898). — Wiesinger rappelle que le siège de prédilection de ces néoplasmes est la partie de la diaphyse qui avoisine l'épiphyse. Jusqu'à ce jour, on a toujours, par suite de la fréquence des métastases et récidives, préféré faire l'amputation loin du siège des tumeurs ; mais on rencontre souvent chez des malades, une opposition invincible au moment où l'opération peut encore être suivie de succès. C'est pourquoi plusieurs auteurs, et Mikulicz tout spécialement, ont proposé de recourir, dans certains cas, à la résection, qui est plus facilement acceptée. Certaines variétés (sarcomes myelogènes à cellules géantes par exemple) se prêtent à cette intervention, mais Mikulicz n'a pas hésité à adopter cette méthode même pour les sarcomes malins, et Wiesinger a suivi cet exemple dans 3 cas, qui ont tous guéri.

Deux circonstances peuvent se présenter, qui forceront de recourir à l'amputation : 1° l'extension de la tumeur vers les parties molles, principalement vers les gros vaisseaux de la région ; 2° l'absence de consolidation après la résection : cet accident est surtout grave quand il s'agit du membre inférieur. La formation d'un cal constitue il est vrai la règle, car on a, le plus souvent, affaire à des patients encore jeunes, chez lesquels la consolidation s'effectue en général facilement.

E. Vogt.

Résultats des ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables (*Congrès de Chirurgie*, 24 octobre 1898). — M. Tuffier avait, en juin 1896, pratiqué la ligature des vaisseaux utérins et utéro-ovariens chez une femme qui n'a succombé à la généralisation qu'en août 1898.

Chez 6 autres malades, l'évolution du néoplasme n'a pas été sensiblement arrêtée ni modifiée ; cependant, les pertes très abondantes, les écoulements ichoreux ont diminué dans des proportions très notables.

Il ne faut donc pas attendre de ces ligatures le moindre effet curatif, mais on peut en retirer un certain bénéfice, au point de vue palliatif.

M. Tuffier n'a traité que 3 fibromes par cette méthode, en liant seulement les artères utérines. Dans les 3 cas, qui, il est vrai, ne datent pas d'une année, les pertes se sont arrêtées, mais la tumeur ne semble pas avoir rétrocédé.

M. Le Dentu a essayé plusieurs fois la ligature des deux linguales dans les cas de cancer de la langue, et n'a jamais observé qu'une amélioration passagère.

M. Roux, de Lausanne, a pratiqué parfois la ligature des deux hypogastriques pour des cancers utérins inopérables, et l'amélioration consécutive n'a duré que quelques semaines.

R. Blondel.

Chirurgie des voies biliaires, par MM. Delagenière et Duret (*XII^e^ Congrès français de Chirurgie*). — Après avoir exposé sa statistique, M. Delagenière conseille en principe de compléter toute opération faite sur les voies biliaires principales par la *cholécystostomie*. Celle-ci agit en désinfectant les voies biliaires et aussi en détournant momentanément le cours de la bile. La tension diminue de ce fait dans les voies biliaires, et les sutures faites sur les conduits sont sauvegardées, tandis que la péritonite par effusion de bile est évitée. Si la vésicule est par trop atrophiée, on doit créer, dans les adhérences, une fistule temporaire. — M. Duret a pu récemment enlever une tumeur du volume des deux poings, située sous l'épiploon, le gros intestin et le côté droit de l'estomac, adhérente à ces parties et soudée à une lame du foie de la largeur de la main. Avant d'enlever le néoplasme, deux pinces-clamps furent appliquées sur la large portion triangulaire du foie qui comprenait la tumeur. Le canal cystique hypertrophié servit de pédicule et fut fixé à la paroi. Une fois la tumeur enlevée et les pinces ôtées, 3 ou 4 ligatures isolées furent nécessaires, après quoi il sutura soigneusement les surfaces de section du foie. Guérison opératoire. La tumeur fut reconnue épithéliale.

Aug. Benoit.

De l'œsophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'œsophage thoracique, par M. Forgue, de Montpellier (*Ibid.*). — L'auteur communique l'observation d'un enfant de 8 ans, qui avait, depuis 3 mois, dans l'œsophage un gros sou que les radiographies montraient fixé au niveau du 4^e^ espace intercostal, nettement à droite de la silhouette des corps vertébraux. Un confrère avait échoué dans ses manœuvres d'extraction par le panier de Grœfe. M. Forgue ne crut pas devoir les essayer, ce qu'il dut regretter, puisqu'il dut ensuite recourir à ce moyen pour délivrer son malade. Mais son opération inutile lui a appris que l'accès de l'œsophage thoracique est plus facile par la *gauche*, ainsi que le conseillent MM. Quénu et Hartmann, que par la droite, ce que la position du corps étranger l'avait engagé à tenter. Après incision verticale de 0 m.14 sur l'angle des côtes et résection de 0 m.05 des 4^e^ 5^e^, et 6^e^ côtes entre le bord spinal de l'omoplate et la ligne épineuse, il put, à la vérité, sentir le sou enclavé tout près du bord droit des vertèbres, mais son doigt fila dans le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre, poussant en avant l'œsophage devenu mobile. Ces dispositions n'existent pas semblables à gauche, où il est plus facile de trouver le plan de clivage entre l'œsophage et la plèvre, malgré le voisinage de l'aorte. Douze jours après cette intervention, l'auteur fit avec succès l'ablation du sou au moyen du panier de Grœfe qu'il fallut tirer fortement. La plaie opératoire avait été maintenue ouverte, afin de permettre l'introduction de la main, si besoin était, mais toute manœuvre de ce côté fut inutile. En raison de l'étranglement bronchique du conduit œsophagien, le point d'enclavement habituel des corps étrangers correspond à la portion moyenne de l'œsophage thoracique, de la 5^e^ à la 7^e^ vertèbre dorsale. C'est en ce point qu'il faut aller à leur recherche, en prenant la voie médiastine gauche (Quénu et Hartmann), soit pour faciliter l'extraction par les voies naturelles, si cette dernière avait échoué, soit pour faire cette ablation par l'œsophagotomie.

Aug. Benoit.

Chirurgie gastro-intestinale (*XII^e Congrès français de Chirurgie*). — M. Roux, qui imagina, comme on sait, le procédé de gastro-entérostomie en Y, est demeuré fidèle à cette méthode et n'a qu'à se louer de ses résultats. Il constate qu'il y a un notable progrès dans l'accoutumance du public et des médecins traitants à cette chirurgie spéciale. L'amélioration constante des statistiques tient à ce que les malades se présentent beaucoup plus tôt au chirurgien. La note générale qui domine, parmi les diverses communications que nous avons entendues, c'est que la pylorectomie doit être réalisée plus souvent qu'on ne le fait, réservant la gastro-entérostomie aux cas où l'ablation des tumeurs est impossible. Une fois la gastro-entérostomie décidée, c'est à la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique que, d'un commun accord, tous les opérateurs donnent la préférence. L'anastomose antérieure est réservée aux cas où la face postérieure de l'estomac est fixée par des adhérences et ne peut pas être relevée. Passons maintenant aux détails nouveaux ou simplement ingénieux ; M. Roux a observé deux malades atteintes d'un rétrécissement maximum de l'estomac, à peu près médian, qui formait à l'extérieur un cordon gros comme le doigt et long de 0 m. 02 chez l'une, de 0 m. 06 à 0 m. 07 chez l'autre. L'estomac était donc bilobé. Le chirurgien laissa intact le goulot pathologique et sutura la face antérieure de chacune des poches, sur 0 m. 10 de hauteur, à trois plans superposés. Le résultat fonctionnel fut excellent. Malgré la supériorité, qui paraît bien démontrée aujourd'hui, des sutures bien faites, les défenseurs du bouton ne désarment pas. M. Gallet, de Bruxelles, propose, comme procédé rapide, de faire la gastro-entérostomie avec des sutures et la jéjuno-jéjunostomie avec un bouton de Murphy de petite dimension dont les pièces sont introduites de part et d'autre par l'ouverture de l'orifice gastro-intestinal. On serre les deux pièces à 0 m. 10 de l'estomac, et il ne reste plus qu'à fermer l'orifice stomaco-intestinal et à inciser entre deux ligatures la portion de l'anse intermédiaire aux deux abouchements. On invagine les deux bouts réséqués pour terminer. Ce procédé est inspiré de la manière de faire de Doyen, quant à ce dernier mode de fermeture. Voici d'ailleurs la méthode de M. Doyen, qui dépasse certainement en rapidité toutes les autres, et que vient exposer M. Roussel, de Reims.

M. Doyen a adopté la gastro-entérostomie en Y de Roux : mais, pour réduire l'orifice qui doit conduire la bile dans le jéjunum, au-dessous de l'abouchement stomacal, au lieu de faire un abouchement terminal, il le fait latéral. Pour la *pylorectomie*, voici comment il opère : l'estomac découvert, la tumeur est isolée et l'épiploon gastrocolique lié en plusieurs endroits ; puis, se servant de l'écraseur dont il est l'inventeur, il réduit le duodénum, au delà de la tumeur, à l'épaisseur du feuillet séreux. Une double ligature est placée sur la portion écrasée et l'intestin sectionné entre les deux fils. Le petit moignon, du côté de la cavité duodénale, est refoulé par une double suture en bourse, après cautérisation du bout au thermocautère. La même manœuvre est répétée du côté de l'estomac ; l'écrasement, ici, se fait en deux coups de pince : le fil placé dans le sillon est plus fort et bien serré. S'il s'agit d'une tumeur petite, on peut traiter le moignon comme on vient de le faire pour le duodénum, par la suture en bourse. Si elle est trop vaste, on doit préférer deux surjets superposés suivant le grand axe de la section de l'estomac. Ceci fait, on passe à la gastro-entérostomie. Le mésocolon est perforé, l'estomac attiré par sa face postérieure et, pour éviter tout étranglement dans cet orifice, fixé par un surjet au pourtour de la brèche du mésocolon. L'anse jéjunale choisie est fixée à l'estomac par anastomose latérale ; puis l'on sectionne avec l'écraseur l'origine du jéjunum. L'intestin est sectionné entre deux fils et les deux tronçons fermés en bourse par la même manœuvre. Parvenu à la fin de ce temps, l'estomac est en communication avec le jéjunum, par son anastomose latérale ; le jéjunum est fermé supérieurement en cul-de-sac. Le duodénum et le petit tronçon jejunal sont fermés aux deux bouts. Il reste à faire une anastomose jéjuno-jéjunale latérale à orifice très petit pour le passage de la bile. Le duodénum, dans ce procédé, devient donc un prolongement des canaux cholédoque et pancréatique. L'emploi des pinces à mors élastiques, d'origine d'ailleurs plus ancienne, concourt à empêcher les liquides digestifs de contaminer le champ opératoire. Cette méthode, dans son ensemble, a été généralisée par M. Doyen à toute la chirurgie gastro-intestinale.

M. Masse, de Bordeaux, a pu s'assurer toutefois, sur des chiens, que l'abouchement de la vésicule biliaire avec l'estomac n'entrave pas les fonctions digestives et que ce dernier organe ne semble pas se révolter outre mesure de la présence du liquide biliaire. Ceci prouve que dans les cas de nécessité, où l'on doit faire la gastro-entérostomie simple, telle qu'elle fut primitivement conçue, il n'y a pas trop à redouter ces accidents qui ont motivé la création des opérations complémentaires, pour empêcher le reflux, d'ailleurs assez rare, de la bile dans l'estomac.

Aug. Benoit.

Gangrène herniaire ; entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire (*XII^e Congrès français de Chirurgie*). — M. Houzel, de Boulogne, ayant eu à intervenir pour une hernie crurale étranglée, avec gangrène, chez une femme de 83 ans, n'hésita pas à faire une large résection et se contenta ensuite de réunir, bout à bout, par 2 surjets, l'un comprenant la musculo-muqueuse, l'autre la séreuse. Guérison parfaite. Il est encore plus prudent de fixer ces surjets, tous les 3 ou 4 points, par un nœud, comme le conseille M. Guillemain, de Paris. La conduite des praticiens doit s'inspirer de ces préceptes faciles à suivre dans tous les milieux. Une simple aiguille de couturière et la soie fine peuvent permettre de mener à bien cette intervention, pour tout chirurgien aseptique.

Aug. Benoit.

Appendicite et annexite, par M. Bouilly, de Paris (*XII^e Congrès de Chirurgie*). — La confusion est facile entre ces deux affections, d'autant plus qu'elles coïncident souvent. M. Bouilly attribue une grande importance à la gravité des symptômes, qui est tout en faveur de l'appendicite. La fièvre est intense dans cette dernière affection, ainsi que sont bruyants les symptômes généraux. On doit juger par un ensemble d'impressions, dans les formes frustes, ce qui a son importance, puisqu'il s'agit de décider une intervention qui peut être différée dans la péritonite d'origine annexielle.

Aug. Benoit.

Lésions des nerfs dans les fractures des membres, par M. Reboul (*XII^e Congrès français de Chirurgie*). — Trois faits ont été rassemblés par l orateur, d'où il résulte qu'on peut attendre les meilleurs résultats des interventions pour troubles nerveux consécutifs aux fractures des membres. Une femme, atteinte de paralysie totale du cubital, consécutivement à une fracture du bras gauche au tiers moyen, remontant à un an, fut guérie par la libération du nerf comprimé par le cal et le fragment supérieur. — Même paralysie du cubital chez une jeune fille qui avait une ankylose du coude consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. A la suite de la résection partielle de cette extrémité, les fonctions du nerf se rétablirent. — Chez un homme de 25 ans, tombé de cheval et atteint de fracture du bras, il se produisit une paralysie immédiate du nerf radial, malgré la réduction de la fracture. Il fallut intervenir pour dégager le nerf comprimé et étalé par une saillie du fragment supérieur. La paralysie disparut.

Aug. Benoit.

Traitement des brûlures par le chlorate de potasse, par M. Larger, de Maisons-Laffitte (*Congrès français de Chirurgie*). — Lorsque l'élément *douleur* domine et surtout dans le cas d'érythème par brûture superficielle même très étendue, l'auteur se sert avec succès de la *solution de chlorate de potasse saturée* à froid, en bains locaux ou même généraux, immédiatement après l'accident ; des compresses de chlorate de potasse, protégées par une toile imperméable, sont ensuite appliquées. Le sel n'est absorbé qu'en quantité minime et le pansement soulage sans avoir jamais donné d'accident.

Aug. Benoit.

Des fils de lin (*Wratsch* n° 29, 1898.) — Alexander propose de remplacer les fils de soie, habituellement employés, par des fils de lin.

On fait cuire ces fils (la cuisson ne doit pas aller jusqu'à les faire bouillir) pendant une heure dans une solution de carbonate de soude à 1 pour 100 environ. Ceci fait, on enroule les fils sur une bobine en verre qu'on stérilise par un courant de vapeur (pendant une demi-heure) immédiatement avant de s'en servir.

D'après l'auteur, la stérilisation par la vapeur peut être remplacée par un autre procédé qui consiste à faire bouillir les fils de lin en même temps que les instruments dans une solution de soude.

L'auteur emploie les fils de lin ainsi préparés, depuis un an environ et il a pu constater qu'ils sont parfaitement utilisables, non seulement pour les sutures cutanées, mais aussi pour les sutures profondes, par exemple, dans l'opération radicale des hernies.

B. Taft.

De l'hypoazoturie au point de vue opératoire, par M. Reynès, de Marseille (*XII^e Congrès français de Chirurgie*). — L'auteur a établi que l'hypoazoturie est sans valeur comme élément de diagnostic du cancer. M. Vidal, de Périgueux, a même vu des cancéreux hyperazoturiques. Il faut d'ailleurs tenir absolument compte du régime alimentaire. Pour M. Le Dentu, l'opinion des auteurs précédents est exacte, en ce qui touche le cancer. Mais l'hypoazoturie doit être prise en sérieuse considération au point de vue opératoire ; entre 6 et 12 grammes d'urée par 24 heures, les opérations sont incertaines ; au-dessous de 6 grammes, il y a véritablement danger à opérer.

Aug. Benoit.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

La dyspepsie chez les collégiens par P. Le Gendre (Rapport lu au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, tenu à Marseille, octobre 1898.) — La dyspepsie est fréquente chez les collégiens. Le Gendre distingue parmi les dyspeptiques, ceux qui souffrent et ceux qui ne souffrent pas.

Parmi les premiers se trouvent ceux qui ont le syndrome de la dyspepsie atonique et flatulente : le ballonnement pénible de l'épigastre, les éructations à saveur alimentaire ou nidoreuse, les régurgitations acides, les points douloureux sous-costaux, le hoquet fréquent, la constipation habituelle entrecoupée de quelques débâcles diarrhéiques. Appartiennent encore à cette catégorie, ceux qui ont des crises gastriques, dans l'intervalle desquelles ils n'éprouvent pas de troubles digestifs; il s'agit de sujets névropathes, qui sont pris de ces accidents à la suite de surmenage physique et intellectuel, de masturbation, etc.

Bien plus nombreux sont les enfants et adolescents des deux sexes, qui, ne se croyant pas incommodés dans leur digestion, se plaignent de certains troubles nerveux ou dont la santé décline à leur insu par suite de perturbations digestives. Ce sont tantôt des douleurs de tête, tantôt des lassitudes douloureuses, des sensations permanentes de refroidissement des extrémités; ou bien on constate l'inaptitude croissante au travail et parallèlement le peu d'entrain au jeu, très souvent l'amaigrissement, le teint jaunâtre et les paupières bouffies, de légeres et passagères albuminuries, les signes de la rhino-pharyngite chronique, les poussées d'acné d'une violence insolite, la séborrhée et corrélativement des eczémas séborrhéiques.

Chez les scolaires ainsi affectés, Le Gendre a toujours relevé, en les soumettant à un interrogatoire minutieux, des troubles digestifs dont ils n'avaient pas conscience : besoin d'élargir les vêtements au niveau de l'épigastre après chaque repas, hoquet fréquent, soif incessante et bouche pâteuse, garde-robes rares et pénibles, ovillées, ou, au contraire, biquotidiennes, mais jamais moulées et surtout d'une fétidité spéciale. Il s'y joint souvent de la fétidité de l'haleine, une odeur insolite des sécrétions cutanées.

L'examen physique de ces sujets permet de constater une langue sale, un pharynx irrité, sec et granuleux, d'un rouge vif, ou hypersécrétant, un estomac qui clapote d'une façon permanente; des parois abdominales minces, peu résistantes. On trouve chez eux une faiblesse générale du système musculaire strié et lisse.

L'enquête faite sur le mode d'alimentation, dans les établissements scolaires, montre que le temps consacré aux repas est insuffisant : une demi-heure seulement est consacrée à chaque repas, encore cette demi-heure est-elle réduite un peu en pratique, les élèves ayant tendance à manger vite, à engloutir des morceaux à peine mastiqués.

La viande figure dans deux repas, sauf le vendredi, où elle est remplacée par des œufs ou du poisson. On a divisé les élèves en grands, moyens et petits; le poids de viande est fixe en viande cuite, rôtie ou bouillie, et sans déchets : pour les grands, 70 grammes; les moyens, 60 grammes; les petits, 50 grammes; cette division, basée sur les classes et l'âge, est quelque peu arbitraire.

Le poisson est souvent mal préparé, trop imbibé de graisse ou de friture.

On n'accorde pas, en général, aux œufs l'importance incontestable qu'ils devraient avoir dans l'alimentation des enfants.

Les soupes sont, presque toujours, mal préparées. Quant aux féculents, ils ne sont pas, la plupart du temps, réduits en purée, ce qui les rend de digestion difficile.

On ne saurait trop recommander l'usage exclusif des fruits cuits.

Le pain donné à discrétion, présente des inconvénients quand il est tout frais, tendre, très spongieux, comme c'est souvent le cas; il favorise alors les fermentations anormales.

La qualité du vin est habituellement suspecte, aussi serait-il à désirer que l'on encourageât les enfants à boire de l'eau pure.

Si le régime réglementaire convient habituellement aux enfants bien portants, il n'en est pas ainsi pour la forte minorité de ceux qui entrent au collège déjà mal portants, dyspeptiques par hérédité.

G. Lyon.

Ulcères perforants de l'estomac par M. Guinard, de Paris (*XIIe Congrès de Chirurgie*). — L'auteur a été amené, par plusieurs erreurs de diagnostic impossibles à éviter, à faire une étude soignée des symptômes des ulcères perforants de l'estomac : les trois signes principaux sont fournis par la *douleur*, en coup de poignard, dont le siège constant est au niveau des fausses côtes gauches, sur la ligne mamelonnaire, la forme particulière du *tympanisme*, dû à la pneumatose péritonéale et qui est considérable, sans avoir d'ailleurs une signification pronostique absolument mauvaise et, en troisième lieu, les *antécé-*

dents du sujet, qui a un passé gastrique. Il faut bien connaître ces signes, si l'on veut faire intervenir le chirurgien à temps.

Aug. Benoit.

Lithiase biliaire (*70e Réunion des Naturalistes et Médecins allemands*, Dusseldorf, 19-24 septembre 1898). — Les conclusions thérapeutiques du rapport de Naunyn sont les suivantes : l'opération ne garantit pas une guérison certaine, car il peut arriver qu'on n'enlève pas tous les calculs, et que de nouveaux calculs peuvent se reformer. La cholécystite aiguë ou chronique doit cependant être opérée systématiquement, car l'affection est certainement de nature infectieuse, et les résultats opératoires sont toujours satisfaisants. Il sera toutefois difficile de persuader au chirurgien d'opérer en pleine crise, car le malade est alors dans un état grave, et le contenu de la vésicule biliaire est fortement infectieux.

La cholélithiase chronique à récidives sera avant tout soumise au traitement par les eaux de Carlsbad : ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on s'adressera au chirurgien.

On peut faire la cure de Calsbad à domicile : dans ce cas, on recommandera l'usage concomitant systématique de cataplasmes. Pendant trois à quatre semaines, les malades appliqueront deux fois par jour (de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2 le matin, de 3 heures à 6 heures le soir) de grands cataplasmes de farine de graine de lin *loco dolenti*. En même temps ils boiront, matin et soir, 3 à 4 verres d'eau de Carlsbad. Les repas se feront à 7 h. 1/2 du matin, 1 heure de l'après-midi (repas principal) et 7 heures le soir. Il n'est pas nécessaire de suivre un régime très sévère : on se contentera de proscrire les aliments gras, les fruits crus, la salade, les choux, le champagne, la bière et les spiritueux. Les selles devront être soigneusement surveillées.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr KOPFF

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

La kératite deudritique, par le Dr Leplat (*Le Scalpel*, août 1898, n° 8). — Cette affection peut se confondre facilement, si l'on n'y regarde pas de près, avec une simple congestion justiciable des astringents. En observant attentivement la cornée, on trouve sur un point périphérique un petit sillon irrégulier et de longueur variable, gris pâle, terminé par un petit bourrelet et se ramifiant quelquefois. Le tout présente l'aspect d'une colonie de champignons microscopiques dont on ne voit bien les branches qu'à la loupe. L'infiltration est toujours superficielle. Si l'on n'agit pas de suite, cette infiltration s'étendra, laissant une taie indélébile. Décrite en 1884 par Hansen Grut (kératite ramifiée), puis par Emmers (kératite deudritique mycotique), cette affection n'est pas très rare et l'auteur en a observé un assez grand nombre de cas. Elle n'est pas de nature herpétique comme on peut le penser; mais elle est due à un envahissement de la cornée par un microorganisme. Le traitement consiste en compresses chaudes et en pommades désinfectantes à l'iodoforme ou à l'aristol. Si le sillon et l'infiltration sont déjà étendus, il faut curetter et cautériser ensuite au nitrate d'argent à 2 0/0 ou au galvanocautère.

Kopff.

De l'extirpation du sac dans les dacryocystites, par le Dr Truc (*Nouveau Montpellier médical*, août 1898). — Lorsqu'on se trouve en présence d'une dacryocystite suppurée avec ectasie du sac provoquée par la durée de l'affection, qui peut remonter à plusieurs années et qui a résisté à des tentatives thérapeutiques multiples, on a la ressource d'enlever par dissection le sac lacrymal, dans sa totalité et avec quelques points de suture et sans drainage; la guérison est complète en huit jours, comme l'auteur l'a observé dans un cas récent. A propos de ce cas, il énumère les avantages de cette intervention, dont il précise, en détail, la technique opératoire.

La glande lacrymale, dont les voies d'excrétion se trouvent, dès lors, oblitérées, s'atrophie peu à peu et, lorsque le larmoiement persiste dans les premiers temps après l'opération, cet inconvénient n'est que transitoire.

Kopff.

Inflammations aiguës de la conjonctive, par les Drs Morax et Petit (*Annales d'Oculistique*, septembre 1898). — Les auteurs, dans ce travail, reprennent et complètent certaines recherches étiologiques et cliniques qui avaient fait, il y a quatre ans, l'objet d'un travail de l'un d'eux. Les trois formes de conjonctivites les plus fréquentes et les plus connues sont : la conjonctivite aiguë contagieuse, dont la sécrétion renferme toujours un petit bacille spécial de Weeks, qui reproduit toujours cette même conjonctivite, lorsqu'on le transporte sur la conjonctive humaine saine : la conjonctivite subaiguë, caractérisée par le diplobacille, et la conjonctivite blennorrhagique, caractérisée par le gonocoque. De ces trois maladies, les deux premières sont spéciales à la muqueuse conjonctivale et la troisième peut se

localiser sur d'autres muqueuses que la conjonctive, et même sur des organes internes.

La division suivante peut être établie, basée sur l'aptitude plus ou moins grande des microbes pathogènes à se développer sur les muqueuses et à en déterminer l'inflammation. Dans la première catégorie, on peut comprendre les microbes dont la transmission se fait de muqueuse à muqueuse et qui, sans autres conditions que leur présence, peuvent se multiplier à la surface de la conjonctive et l'enflammer (gonocoque, diplobacille, bacilles de Weeks) et qui ne persistent pas sur les muqueuses redevenues normales. Une deuxième catégorie comprend les microbes qui sont les hôtes habituels de certaines muqueuses et qui, dans certaines conditions non précisées, acquièrent les propriétés de la première catégorie (pneumocoque et certains steptocoques). Enfin, d'autres microbes n'enflamment la conjonctive que secondairement et lorsque le terrain est déjà préparé par une autre infection (bacille diphtérique, staphylocoque, streptocoque).

Pour provoquer une inflammation conjonctivale avec le staphylocoque ou le streptocoque, il faut faire un traumatisme pour déposer le microbe dans l'épaisseur des tissus ; tandis qu'avec le gonocoque, le bacille de Weeks et le diplobacille, la pénétration se fait spontanément et sans autre cause déterminante dans l'épaisseur de la muqueuse.

Enfin, il se produit aussi des infections oculaires superposées, sans qu'il y ait aucune influence réciproque des deux infections, dont l'une n'est pour rien dans le développement de l'autre et dont chacune conserve son caractère et son évolution propres tout en atteignant une même muqueuse (infection diplobacillaire en même temps que trachome — infection diplobacillaire avec infection gonococcique...)

Les auteurs, après ces considérations générales et laissant de côté la conjonctivite blennorrhagique, dont ils considèrent l'étude comme achevée, s'occupent de la conjonctivite aiguë contagieuse, de la conjonctivite subaiguë et de celle à pneumocoques.

La conjonctivite aiguë contagieuse est causée par le bacille de Weeks. Les phénomènes réactionnels qu'elle détermine sont variables et l'on voit souvent les cas bénins pouvant donner naissance, par contamination, à des cas graves. Cette conjonctivite s'accompagne quelquefois de phlyctènes et de complications cornéennes ou sclérales. Elle ne semble pas conférer d'immunité, même passagère, les récidives pouvant s'observer au bout de deux mois et même au bout de quinze jours. Le nitrate d'argent constitue le traitement de cette forme de conjonctivite.

La conjonctivite subaiguë correspond à l'infection conjonctivale par le diplobacille. Les auteurs concluent de leurs recherches que cette affection est contagieuse et ils citent plusieurs exemples de cette contagiosité et de l'action pathogène constante du diplobacille qui disparaît avec la guérison.

Les complications cornéennes s'observent assez souvent et il y a intérêt à en connaître la nature, au point de vue thérapeutique ; car le sulfate de zinc est d'une efficacité remarquable.

La conjonctivite à pneumocoques a été observée quatre fois par les auteurs. Leur impression est qu'il existe deux types de conjonctivites, l'une qui paraît être une auto-infection résultant d'une lésion conjonctivale ou d'un trouble lacrymal et qui ne paraît pas transmissible ; l'autre, au contraire, essentiellement contagieuse, causée par une infection exogène et par une espèce spéciale de pneumocoque.

Ce qui différencie cette affection, c'est son début brusque, l'envahissement des deux yeux dans un temps relativement court et enfin l'évolution beaucoup plus rapide, puisque dans la majorité des cas, l'affection est terminée en 3 à 8 jours. Les phénomènes douloureux sont rares et le traitement consiste en lotions et en instillations de sulfate de zinc au 1/40.

KOPFF.

De la conjonctivite végétante à recrudescence printanière, par le Dr A. TERSON (*Gazette des Hôpitaux*, 2 juillet 1898). — L'auteur propose, pour désigner le catarrhe printanier, le nom de : végétations à recrudescence printanière, ou conjonctivite végétante printanière, qui caractérise d'une manière précise, l'aspect clinique et l'évolution de la maladie.

Le traitement local varie suivant qu'il s'agit de la forme tarsale ou de la forme péricornéenne qui est la plus facilement curable. Dans cette dernière, on se sert avec avantages de la lanoline hydrargyrique ou de la pommade à l'oxyde jaune à 1/15 avec massage de quatre à cinq minutes. Les caustiques et les astringents n'ont d'utilité que pour diminuer la sécrétion anormale. Dans le cas de végétations volumineuses et bien localisées, il faut pratiquer l'ablation avec cautérisation aiguë.

Quelques pointes de feu péricornéennes sur les bourrelets infiltrés peuvent être pratiquées dans un but sclérogène. Les démangeaisons seront combattues avec la cocaïne.

La forme tarsale, beaucoup plus tenace, résiste, lorsqu'elle est très marquée et confluente, aux moyens signalés ci-dessus. Les scarifications, les frictions avec la poudre d'acide borique et l'électrolyse seront utiles pour diminuer ou limiter le développement des végétations. Mais,

malgré tout, les récidives sont très fréquentes et il vaut mieux, dès lors, s'attaquer directement au terrain même du mal, au tarse par des excisions profondes, ou, comme l'a fait le Dr Mitvalsky, par une extirpation du tarse hyperplasié et de sa conjonctive, avec suture de la muqueuse sectionnée au bord palpébral.

KOPFF.

De l'emploi du protargol et en général des sels d'argent en thérapeutique oculaire par le Dr VALENÇON (*Thèse de Paris*, 1898). — L'auteur passe en revue les trois variétés de conjonctivites à microbe spécifique qui peuvent facilement se diagnostiquer par l'examen microscopique : conjonctivites à bacilles de Wecks; conjonctivites à diplobacilles et conjonctivites à gonocoques, desquelles il rapproche les conjonctivites à bacilles de Lœfler, attribuant à ce dernier groupe la dénomination générale de conjonctivites contagieuses. C'est en traitant ces diverses conjonctivites contagieuses, qu'il a appris à connaître les différents sels d'argent : le citrate d'argent, l'argentamine, solution d'éthylène diamine de phosphate d'argent ; l'itrol, ou nitrate d'argent : l'argonine, ou combinaison de la caséine avec l'argent : l'actol, ou lactate d'argent, et le protargol, ou protéinate d'argent.

Il apporte 56 observations des trois catégories de conjonctivites contagieuses, traitées par le protargol, et compare sa valeur thérapeutique à celle du nitrate d'argent.

Pour les badigeonnages de la muqueuse conjonctivale, il s'est servi de deux solutions de protargol : à 20 0/0 et à 33 0/0; pour collyres, la solution à 5 0/0 suffit presque toujours, rarement on a à recourir à 10 0/0.

Voici ses conclusions : l'argentamine a un pouvoir de pénétration cinq fois plus marqué que celui du nitrate d'argent ; — le protargol a toutes les propriétés antiseptiques du nitrate d'argent et de l'argentamine, mais il est moins caustique et moins douloureux; il se mélange intimement aux sécrétions oculaires et ne produit que rarement la formation d'escarres ;— la conjonctivite à bacilles de Wecks, est guérie radicalement, en trois à cinq jours, par le protargol ; — la conjonctivite purulente à gonocoques est rapidement améliorée, puis guérie par les attouchements biquotidiens combinés aux instillations répétées de collyre à 5 0/0 ; — la conjonctivite à diplobacilles paraît d'abord favorablement influencée par le protargol comme par le nitrate, puis surviennent des rechutes fréquentes que le sulfate de zinc combat plus sûrement ; — bien des blépharo-conjonctivites sont améliorées ou guéries par le protargol, de même les dacryocystites par les injections d'une solution à 5 ou 10 0/0 : — dans la conjonctivite granuleuse, l'argentamine est préférable au protargol qui n'a pas assez de causticité pour agir sur les granulations.

KOPFF.

De la suture conjonctivale appliquée a l'extraction de la cataracte, par le Dr ROHMER (*Revue médicale de l'Est*, 1er octobre 1898). — L'auteur a cherché comme un certain nombre de praticiens, à obtenir un accolement plus rapide et plus certain des lèvres de la plaie faite à l'occasion de l'extraction de la cataracte, et surtout à éviter la complication de la hernie de l'iris. Il recommande dans ce but la suture conjonctivale qu'il a employée dans cinquante cas ; se réservant de l'appliquer, non pas indistinctement dans tous les cas d'extraction, mais dans ceux qui lui font craindre des complications.

Il décrit minutieusement son procédé de suture et expose les avantages qu'il en a retirés. Ses indications sont, pour lui : une grande agitation pré-opératoire du malade; une hypertension du globe pouvant faire craindre la hernie de l'iris si l'on ne veut pas la réséquer; l'infection possible venant des voies lacrymales ou de la conjonctive chroniquement enflammée ; la non cicatrisation prolongée des lèvres de la plaie, qui résiste même à l'iridectomie ; un malade remuant, indocile ou imprudent. Dans les autres cas, il reconnaît qu'il est inutile d'appliquer la suture conjonctivale.

KOPFF.

L'extraction totale de la cataracte secondaire, par le Dr PLEY (*Thèse de Paris*, 1898). — Après avoir passé en revue les différentes variétés de cataractes secondaires, les différents procédés d'extraction connus, l'auteur décrit le procédé de M. le professeur Panas, qui consiste dans l'extraction totale, de préférence à l'extraction partielle, pratiquée avec une large incision cornéenne faite au moyen de la pique triangulaire, ce qui permet de faire l'extraction avec la pince perforante de M. Panas. Il expose les avantages qu'il y a à faire cette extraction totale et fait la comparaison de cette méthode avec les autres, et des instruments qu'elle comporte avec tous ceux dont on s'est servi dans le même but. Il apporte 90 observations à l'appui de ses réflexions, dans lesquelles, à part quelques cas où il s'est produit des complications post-opératoires et d'autres dans lesquels, après l'extraction de la cataracte secondaire, on s'est trouvé devant une lésion grave du fond de l'œil, on a toujours obtenu une amélioration très notable de la vision et souvent un résultat optique remarquable.

En somme, en mettant de côté les fines mem-

thyroïde pouvait être utile dans la raideur de la chaîne des osselets et Brühl dans les adhérences, en raison du pouvoir de résorption, dû à l'iode contenu dans la glande. Yearsley, pour contrôler ces assertions, a donné le corps thyroïde à 21 malades, dont l'âge variait de 19 à 62 ans et dont la maladie remontait à 1 jusqu'à 30 ans. Sur les 21 malades, 15 étaient atteints de sclérose, 3 de catarrhe chronique avec ankylose des osselets et 3 d'ankylose consécutive à une otorrhée. 18 malades ont suivi le traitement pendant 6 à 8 semaines, les 3 autres y ayant renoncé au bout de 3 à 4 semaines. Dans aucun cas, il n'y eut la moindre amélioration ; bien mieux, dans quelques cas, il y eut aggravation de l'état.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes, Maladies de la Peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Pulvis cuticolor (*Monateshefte f. prakt. Dermatologie*, 1er septembre 1898). **Pommades et pâtes présentant la couleur de la peau** (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 15 septembre 1898). — UNNA désigne sous le nom de *pulvis cuticolor*, une préparation qui, depuis de longues années, lui sert pour traiter les dermatoses qui siègent sur la face et font le désespoir des patients. Grâce à cette formule, l'affection cutanée passe inaperçue, ce qui assure la persévérance des malades. Ces derniers abandonnent, en effet, bien vite tout traitement des dermatoses exposées à la vue, si les topiques sont facilement visibles. Voici la formule d'Unna :

Oxyde de zinc.....	2 grammes
Carbonate de magnésie..	2 —
Bol blanc.....	3 —
Bol rouge.....	2 —
Fécule de riz.....	10 —

Us. ext.

Cette préparation rend de grands services dans l'eczéma séborrhéique du visage, l'acné rosacea et l'hyperidrose huileuse.

Il ne faudrait pas croire, que cette formule soit la seule possible, car plusieurs mélanges de blanc, de rouge et de jaune (ou brun) peuvent être étudiés à cet égard. On recommandera comme blanc : l'oxyde de zinc, la céruse ou l'oxychlorure de bismuth ; comme jaune, l'ichthyol ou l'ocre blanche (qui est jaune), et pour les bruns, l'ocre brune ; et comme rouge, le vermillon, le bol rouge, et plus rarement le carmin.

La calamine, carbonate de zinc impur, très employée en Angleterre, mérite toute l'attention des dermatologues à ce point de vue, car elle présente une action thérapeutique marquée, et une teinte qui se rapproche beaucoup de celle de la peau.

Unna termine en émettant l'avis que les colorants organiques, aujourd'hui si employés, pourraient fournir sans doute des topiques utiles à ce point de vue spécial, et espère qu'il se trouvera des dermatologues que la question intéresse. Son espoir n'a pas été déçu, car les *Monatshefte* ont pu publier, dans le numéro suivant, un article de RAUSCH sur le même sujet.

Cet auteur a depuis assez longtemps déjà étudié la question, et il est arrivé à proposer une série de formules qui donnent toute satisfaction. Plusieurs préparations usuelles, légèrement modifiées, permettent de soigner les dermatoses de la face sans que l'attention soit attirée par des colorations heurtées. Voici quelques formules :

Bol rouge d'Arménie.	0 gr. 03
Glycérine.....	VI gouttes
Onguent de zinc ad...	10 grammes

Us. ext.

Bol rouge d'Arménie...	0 gr. 24
Glycérine.....	XX gouttes
Solution d'éosine 1/500	VIII —
Pâte de zinc.....	40 grammes

Us. ext.

Pour les formules avec ichthyol, la quantité d'éosine varie dans des proportions nettement définies suivant la proportion d'ichthyol contenue dans le topique : si cette dernière dépasse 5 0/0, on n'obtient plus de résultat satisfaisant. Nous donnons les deux formules extrêmes :

Ichthyol.....	1 0/0
Pâte de zinc.....	40 grammes
Solution d'éosine à 1/500..	XVI gouttes

Us. ext.

Ichthyol.....	5 0/0
Pâte de zinc.....	40 grammes
Solution d'éosine à 1/100....	XII gouttes

Us. ext.

Comme colle de zinc, l'auteur propose deux formules ; la première est plus consistante que la seconde ;

1° Bol rouge.....	0 gr. 3
Solution d'éosine à 1/500	3 gr. 5
Eau distillée.....	50 grammes
Gélatine.....	15 —
Glycérine.....	10 —
Oxyde de zinc.....	25 —

Us. ext,

2° Bol rouge.....	0 gr. 3
Solution d'éosine à 1/500	3 gr. 5
Eau distillée.....	55 grammes
Gélatine.....	12 gr. 5
Glycérine.....	12 gr. 5
Oxyde de zinc.....	20 grammes

Us. ext.

L'éosine a été choisie à la suite de nombreux essais : cette substance, d'un rouge magnifique tirant un peu sur le jaune, n'est absolument pas irritante. Il est en général préférable, pour obtenir la teinte rouge, de marier l'éosine au bol rouge d'Arménie. En combinant les deux substances, on arrive à des résultats qu'il est impossible d'atteindre si l'on s'en tient à un seul de ces produits.

E. Vogt.

Traitement du psoriaris vulgaire (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie,* 1er octobre 1898). — Richter, a obtenu de très bons résultats sur un psoriasique qui avait, jusqu'alors, résisté à toutes les médications, avec des applications de la pommade suivante :

Acide salicylique...	
Acide pyrogallique (ou mieux pyrogallol oxydé)....	âà 3 grammes
Ichthyol.....	
Huile d'olives.....	10 —
Adeps lanæ ad.....	100 —

Us. ext.

E. Vogt.

Le lupus érythémateux et sa curabilité (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie,* 1er octobre 1899). — James White, de Boston, présente une revue d'ensemble de toutes les substances, sans oublier les tuberculines, qui ont, jusqu'ici, été préconisées dans le traitement de cette affection rebelle. La plupart de ces médications soi-disant efficaces ont été insuffisamment expérimentées; les malades paraissent améliorés, souvent presque guéris, et si on les revoit quelque temps plus tard, on constate que la maladie a fait de nouveau d'inquiétants progrès.

En résumé, quelle que soit la méthode employée et quel que soit le symptôme que l'on cherche à combattre, on ne peut jamais être sûr d'obtenir un résultat dans l'état actuel de la science.

E. Vogt.

Maladies des Voies uinarires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Valeur comparée des divers antiseptiques dans les traitements des infections vésicales, par M. P. Hamonic, de Paris *(Congrès d'Urologie).* — Les nombreuses obscurités qui règnent encore sur la question des infections vésicales, malgré les progrès de la bactériologie, font qu'on connaît mal la valeur exacte de chaque antiseptique par rapport aux microbes urinaires pris en particulier.

Il est facile, dans le laboratoire, d'isoler les germes et de mesurer sur chacun d'eux la puissance des antiseptiques.

Mais quand, de la voie expérimentale, on passe à la voie clinique, un nouvel élément intervient. C'est le terrain de culture vésical qui peut subir, de la part des substances antiseptiques, des irritations réactionnelles très préjudiciables au malade.

On connaît aujourd'hui combien est grande l'influence du traumatisme et de l'irritation sur la détermination de l'infection vésicale, et il vaudrait mieux laisser les genres épuiser leur virulence progressivement, que d'irriter la muqueuse vésicale, en cherchant à les détruire par des substances antiseptiques trop énergiques.

La difficulté clinique consiste donc à faire la balance entre l'*action microbicide* et l'*action irritante* de l'antiseptique.

La bactériurie, c'est-à-dire l'infection de l'urine sans lésions de la paroi vésicale, admet l'emploi des antiseptiques énergiques auxquels peut résister la muqueuse qui est indemne.

Lorsqu'à la bactériurie s'ajoutent les symptômes de cystite, il faut être plus prudent et se préoccuper moins de détruire les germes que de ne pas léser les parois vésicales.

Si l'inflammation est violente il vaut mieux s'abstenir de toute action locale, à l'exemple des anciens.

Aujourd'hui le microscope rend au clinicien de grands services en montrant, dès le début de la maladie, la nature du germe pathogène, duquel se déduit le pronostic et qui doit commander la thérapeutique. Les notions positives qu'on possède sur un certain nombre de microbes (bactérium-coli, bactérie liquéfiante, staphylocoque, streptocoque, gonocoque, bacille de Koch, etc.) nous permettent de savoir *a priori* quelle sera l'évolution de l'infection et comment il faudra l'attaquer.

Les antiseptiques peuvent parvenir jusqu'à

la vessie, soit par *voie rénale*, soit par *voie directe*.

Dans le premier cas, ils sont absorbés par l'estomac et rejetés par l'urine (balsamiques, goudron, acide benzoïque, acide salicylique, acide borique, etc., ces agents trouvent surtout leur application dans les cystites intensives.

Les antiseptiques de la seconde catégorie sont portés dans la vessie, soit par les *lavages*, soit par les *instillations*, soit enfin par la *cystotomie*.

Les lavages ont l'avantage d'agir sur une plus grande surface, mais l'inconvénient d'exiger des solutions relativement faibles, Ils répondent aux cystites avec peu de réaction vésicale.

Les *instillations* présentent les caractères diamétralement opposés.

La *profondeur des lésions* de la muqueuse vésicale et la *rétention urinaire* font échouer les lavages et les instillations.

On doit dans ce cas, recourir à la *cystotomie* qui permet de détruire les germes infectieux inclus dans les tissus par le grattage et la cautérisation. De plus, l'ouverture de la vessie fait disparaître aussitôt la rétention.

Cette méthode chirurgicale, qu'on réservait jusqu'ici aux cystite tuberculeuses, paraît devoir être généralisée. L'auteur l'a employée avec un succès complet dans un cas de cystite blennorrhagique rebelle.

Les antiseptiques vésicaux peuvent être divisés en *forts* (permanganate, chlorate de potasse, sublimé, bi-iodure de mercure, chlorure de zinc, sulfate de cuivre, nitrate d'argent, argentamine), et en *faibles* (acide borique, borate de soude, acide salicylique, acide benzoïque, résorcine, goudron, eau alcoolisée).

Le permangate est celui qui agit le mieux sur le coli-bacille.

Le sublimé et le bi-iodure exercent leur action surtout sur les staphylocoques et les streptocoques.

Le sulfate de cuivre donne d'excellents résultats contre le gonocoque.

Le formol réussit très bien aussi contre tous les microbes précédents.

Quant au chlorure de zinc, il exerce une action quasi-spécifique contre le microbe tuberculeux.

Les antiseptiques faibles trouvent leur application chaque fois que les parois vésicales sont trop malades pour être traitées par les antiseptiques forts. Ils doivent céder le pas à ces derniers dès que les circonstances le permettent.

R. Blondel.

Sonde à demeure dans les infections vésicales (*Congrès d'Urologie*). — M. Genouville, de Paris, présente une série de 18 feuilles de température appartenant à des malades du service de M. le professeur Guyon et qui montrent que la sonde à demeure fait, chaque jour, ses preuves dans le traitement des infections vésicales.

Appliquée en pleine fièvre, en pleine infection, la sonde à demeure fait baisser rapidement la température, le plus souvent en 24 heures, rarement plus tard que le quatrième jour.

Quand la sonde est mal placée ou mal surveillée, ou retirée trop tôt, la fièvre peut réapparaître : il suffit d'assurer de nouveau le bon fonctionnement du cathétérisme permanent pour voir disparaître aussi de nouveau les accidents fébriles. Ce traitement par la sonde à demeure suffit dans la grande majorité des infections vésicales. Exceptionnellement, quand le drainage par les voies naturelles est insuffisant, la cystostomie peut être indiquée, et M. Genouville l'a pratiquée deux fois dans le courant de cette année pour des infections vésicales graves.

R. Blondel.

Traitement des infections vésicales, par M. Loumeau, de Bordeaux (*Congrès d'Urologie*). — Le traitement des infections vésicales doit viser d'abord la source de l'infection en assurant la décongestion de l'appareil urinaire et l'antisepsie du cathétérisme, du canal, de l'intestin et des foyers infectieux dont les microbes pathogènes ont pu envahir secondairement la vessie. Il doit s'attaquer ensuite à l'infection vésicale elle-même en distinguant deux grandes catégories de faits. La première comprend les infections vésicales avec intégrité de la fonction rénale; la seconde, les infections vésicales avec insuffisance rénale et intoxication urineuse.

A la première variété s'adressent deux sortes de moyens. Les uns, indirects ou médicaux, combattent l'infection par des agents thérapeutiques livrés à la circulation générale et s'éliminant par les urines : lait, tisanes, eaux minérales, balsamiques, antiseptiques de toutes sortes, notamment le salol. Les autres, directs ou chirurgicaux, se proposent d'agir topiquement sur la vessie malade et comprennent deux sortes de traitement, d'inégale importance.

Le traitement de choix, applicable et suffisant à la généralité des cas, consiste à utiliser, pour combattre l'infection vésicale propagée ou non à l'urétère et au rein, les voies naturelles demeurées perméables (cathétérisme permanent ou intermittent, lavages, instillations, lithotritie, extraction par l'urètre de corps étrangers vésicaux) ou rendues perméables par une opération (dilatation, urétrotomie, ablation de tumeurs, calculs et corps étrangers urétraux). Le traitement de nécessité, absolument exceptionnel, ne trouvant, pour ainsi dire, ses indications que dans les contre-indications ou l'impuissance

avérée du traitement classique méthodiquement appliqué, dirigéra contre l'infection vésicale l'ouverture chirurgicale avec fistulisation temporaire ou définitive de la vessie : prostatiques infectés avec accidents septicémiques réfractaires à l'usage de la sonde ; imperméabilité invincible du canal ; coïncidence d'une lésion commandant elle-même la cystotomie.

Dans la seconde variété, comprenant les infections vésicales compliquées d'insuffisance rénale et d'intoxication urineuse, l'urémie mine le malade et va, sous le moindre choc, l'enlever aux premiers jours. Ici, l'abstention opératoire est la règle. Le traitement le meilleur consistera à être aussi peu chirurgical que possible et l'on s'en tiendra prudemment aux plus simples médications palliatives.

R. Blondel.

Sur le traitement de l'hydrocèle, par M, le Dr A. Malherbe, de Nantes (*Association française d'Urologie*, 22 octobre 1898). — Dans les cas d'hydrocèle compliquée, ou douteuse ou très ancienne, le Dr Malherbe fait la cure radicale par résection de toute la tunique vaginale ; ce procédé de cure radicale n'a que l'inconvénient de nécessiter un assez grand nombre de ligatures.

Pour les cas simples, il préfère une injection modificatrice et, depuis une dizaine d'années, il s'est arrêté au procédé suivant : Après nettoyage du scrotum, il vide la tunique vaginale avec un trocart de 3 millimètres de diamètre environ. Il injecte ensuite 5 centimètres cubes de cocaïne à 2/100 ; après cinq minutes, il évacue la cocaïne et injecte 5 centimètres cubes de teinture d'iode pure.

Cette quantité de liquide, alors même qu'il n'en ressortirait pas une goutte, ne cause aucun accident. Le malade commence à souffrir de quinze à trente minutes après l'opération. La douleur dure chez quelques sujets pendant plusieurs heures. En général, elle ne dépasse pas de vingt à trente minutes. Le malade peut se lever après cinq à six jours et travailler de huit à quinze jours après l'intervention.

R. Blondel.

Néphrotomie pour anurie calculeuse (*Association française d'Urologie*, 21 octobre 1898). — M. le Dr Vignard, de Nantes, relate un cas de néphrotomie pour anurie calculeuse. Il s'agissait d'un vieillard de 70 ans, anurique depuis cinq jours, urémique depuis 36 heures.

La néphrotomie pratiquée d'urgence fut suivie de la disparition immédiate des phénomènes urémiques.

La miction naturelle ne reparut définitivement qu'au bout de 48 jours après expulsion par l'urètre d'un calcul du volume d'un haricot.

M. Vignard insiste sur la bénignité remarquable des suites opératoires : trois malades se levaient le cinquième jour après l'intervention.

L'auteur proteste contre les manipulations prolongées, et en particulier l'énucléation laborieuse du rein, qui souvent précède la néphrotomie.

Ces manœuvres compromettent l'intégrité du parenchyme rénal et expliquent la persistance de l'anurie et l'issue fatale encore si fréquemment observée.

R. Blondel.

Hématuries rénales, dites essentielles (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — M. Demons, de Bordeaux, préconise la *néphrotomie* dans les cas où le diagnostic n'a pu être fait par l'examen clinique. Il se fonde sur l'origine unilatérale probable des lésions et les faits d'amélioration constatés fortuitement par l'emploi de cette thérapeutique. Tel n'est pas l'avis de M. Picqué : pour lui, l'indication de la néphrotomie est rare. Quant à la *néphrectomie*, elle est le plus souvent inutile en pareil cas, les lésions étant, malgré tout, bilatérales. M. Picqué, en dehors de cas très spéciaux, où la néphrotomie peut être bienfaisante contre les hématuries, croit qu'il faut considérer ces dernières comme des signes du mal de Bright et les traiter médicalement.

Aug. Benoit.

Traitement des affections rénales chroniques (*66e Réunion de l'Association médicale britannique*, in *The British med. Journal*, 8 octobre 1898). — Nestor Tirard rappelle qu'au cours de la néphrite chronique, on observe de temps en temps, au début, des crises subaiguës : il faut donc, avant tout, chercher à éviter le retour de ces attaques par des précautions hygiéniques appropriées, le repos d'esprit, etc. Au point de vue spécial de la consommation de l'alcool, l'auteur donne un avis quelque peu différent des prescriptions en usage sur le continent. Il croit qu'il ne faut pas modifier les habitudes des malades à cet égard, à moins qu'il n'y ait abus flagrant. De petites quantités d'alcool, données à propos, rendraient même des services dans les moments où on observe chez ces malades des états dépressifs ou des troubles stomacaux.

Le traitement médical s'adresse à trois symptômes principaux : 1° Diminution de la sécrétion urinaire ; 2° Albuminurie ; 3° Hydropisie. Au point de vue thérapeutique, les nos 1 et 3 sont intimement liés. Si l'attaque n'est pas subaiguë, on se trouvera bien de l'emploi du strophanthus et de la digitale, sans oublier d'autres diurétiques (caféine, diurétine, etc.). L'eau est un excellent diurétique, de même que le lait, qu'il ne faut pas prescrire avec trop de rigueur. L'iodure de potassium à *hautes doses* ne serait pas à dédaigner au cours de l'affection (Ringer).

2° *Albuminurie*. L'emploi des astringents continue à être en faveur : parmi ces médicaments, l'auteur préfère les ferrugineux, mais, en somme, la diminution de la quantité d'albumine ne doit pas constituer l'objectif principal au cours d'une affection aussi lente dans son évolution, car plusieurs des remèdes usuels sont à la longue mal supportés par le tube digestif.

3° *Hydropisie*. Les diaphorétiques, sous forme d'applications hydrothérapiques et thermales diverses, semblent moins importants à considérer que l'action de la pilocarpine ; ce dernier médicament a causé un grand désappointement, mais l'auteur pense qu'on a quelque peu exagéré ses dangers, et qu'on peut y recourir dans les cas où les pratiques hydrothérapiques provoquent des céphalées intenses.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un rein cirrhotique, les indications thérapeutiques deviennent plus difficiles encore à mener à bien : le chlorure d'or, l'iodure de potassium, n'ont pas tenu, semble-t-il, ce que l'on attendait d'eux. La nitroglycérine rendra des services, grâce à son action lente et sûre (diminution de la tension artérielle, dilatation des vaisseaux de la périphérie) : son succédané, le nitrite d'amyle se prête aux cas urgents, car il agit plus rapidement, mais aussi moins longtemps que la trinitrine. Les céphalées persistantes constituent la principale indication de ces médicaments.

L'insomnie, symptôme fréquent aussi, sera combattue par l'usage de pédiluves chauds. Les opiacés peuvent-ils être administrés sans danger? L'orateur le croit : il n'a jamais observé d'accidents à la suite de leur emploi prudent, mais se montre surtout satisfait de l'hyoscine en injection sous-cutanée à la dose d'un quart de milligramme environ. Dès que l'on augmente cette dose minime, on risque de provoquer du délire.

Pour éviter les crises urémiques, il faut tenir surtout à ce que le malade s'alimente d'une façon rationnelle ; les moindres troubles dyspeptiques demandent des soins minutieux.

Ces convulsions urémiques ne paraissent pas à l'auteur se modifier favorablement sous l'influence des diverses préparations vaso-dilatatrices (nitrites et congénères). L'état urémique devra surtout être combattu par l'administration d'huile de croton. La morphine parait contre-indiquée.

E. VOGT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité à l'hôpital de la Charité.

A propos du traitement de l'avortement (*Progrès médical*, 17 septembre 1898). — M. BUDIN conseille d'administrer le chloroforme : puis, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, on procède à la dilatation de l'orifice avec un ou deux doigts et si le tissu utérin résiste trop on fait usage des bougies d'Hégar.

Après la dilatation, on pratique le curage avec les deux doigts, qui peuvent pénétrer quand il s'agit d'un avortement de trois à quatre mois, avec un doigt après un avortement de deux à trois mois. Une main mise sur l'abdomen maintient l'utérus en place et le fixe solidement; le doigt ou les doigts introduits dans l'intérieur de la matrice détachent lentement, régulièrement et entièrement le placenta. Il faut ensuite procéder à l'évacuation ; quelquefois le placenta est entraîné par deux doigts qui le saisissent entre eux, ou par un seul doigt mis en crochet et prenant point d'appui sur le tissu placentaire ou mieux sur les vaisseaux résistants qui se rendent dans les cotyledons. Si on échoue dans ces tentatives, si la masse de l'arrière-faix est trop grosse ou si l'orifice utérin est trop petit, on ne doit pas céder à la tentation d'introduire des pinces, mais, après avoir dilacéré, fractionné le placenta, recourir à l'expression abdomino-vaginale.

On explore ensuite l'utérus pour s'assurer qu'il ne reste rien dans sa cavité; on fait un grand lavage au sublimé, à 1 pour 4,000, en se servant de la sonde à canal, puis on a recours aux écouvillons. M, Budin emploie de gros écouvillons faits avec des côtes de plumes; on les plonge dans une solution de sublimé et on les introduit dans l'utérus. Des mouvements sont exécutés de haut en bas et de bas en haut, grâce auxquels on nettoie successivement la paroi antérieure, la paroi latérale gauche, la paroi postérieure et la paroi latérale droite de l'utérus; on termine en imprimant à l'écouvillon des mouvements de rotation sur son axe. Quand, deux ou trois écouvillons ayant été introduits, ils ne ramènent plus aucun débris d'arrière-faix ou de caduque, on en passe encore deux qui ont été plongés dans une solution de glycérine et de créosote à 1 pour 5 ou à parties égales, et on fait immédiatement un lavage de la cavité vaginale avec une solution de sublimé, afin d'enlever l'excès de créosote qui est caustique,

Si l'utérus revient sur lui-même et s'il n'y a aucune hémorragie, on peut ne point pratiquer le tamponnement; dans le cas contraire, on tamponne la cavité utérine et la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée.

R. Blondel.

A propos de quelques complications consécutives à l'hystéro-salpyngo-oophorectomie vaginale dans les cas de suppuration pelvienne (*Medical Record*, 1er octobre 1898). — Blume a présenté à la réunion annuelle des gynécologues américains (*Pittsburg*, 20 septembre), un travail sur ce sujet. L'hystérectomie vaginale a actuellement conquis droit de cité; les objections concernant l'importance de la conservation de l'utérus, une fois les annexes enlevées, le danger de provoquer, en enlevant la totalité des organes génitaux pelviens, des troubles nerveux graves, n'ont pu résister à un examen consciencieux des faits.

De 1895 à 1898, l'orateur a pratiqué 42 hystérectomies vaginales : dans 18 cas, la situation était telle qu'une hystérectomie abdominale n'aurait eu que 70 0/0 de chance de réussite. Les organes pelviens étaient, dans ces cas, agglutinés en une masse informe et on ne pouvait les distinguer par la palpation. Les 24 autres cas présentaient des lésions moins accentuées, mais suffisantes pour nécessiter l'intervention.

Price, au cours de la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, a préconisé la voie abdominale, la voie vaginale exposant à l'obstruction intestinale.

Hall croit que, lorsqu'il existe des adhérences solides avec les organes voisins, la voie vaginale ne peut venir à bout des difficultés.

Il semblerait que les malades âgés de moins de 45 ans, opérées par la voie abdominale et auxquelles on a laissé le col utérin seul, présentent moins de troubles réflexes que lorsqu'on laisse l'utérus entier en place.

Dunning n'est pas d'accord avec Blume, au sujet des cas où il existe une grande quantité de pus, remontant jusque vers l'ombilic, les organes étant agglutinés en masse compacte. Dans ces cas, la voie vaginale ne permet souvent pas, une fois les organes pelviens extirpés, d'enlever le sac purulent. Il faut se décider d'après chaque cas particulier et ne rejeter aucune des deux méthodes *à priori*.

Dunn pense qu'il est très difficile d'atteindre la perfection opératoire si l'on choisit la voie vaginale : les complications post-opératoires sont beaucoup plus nombreuses qu'avec la voie abdominale. Les dangers de section d'un urétère, d'une anse intestinale, d'hémorragie, sont beaucoup plus grands avec la voie vaginale. Cette dernière doit être réservée à quelques cas soigneusement déterminés, dans lesquels la voie abdominale deviendrait périlleuse pour la malade. Très souvent on est obligé, après avoir choisi la voie vaginale, de revenir à la charge en opérant par la voie abdominale.

Davis prédit un grand avenir à l'incision vaginale suivie de drainage; ce procédé permet souvent de remplacer par une intervention fort simple l'incision abdominale, qui représente une opération beaucoup plus importante.

Reed, après une étude consciencieuse de la question, a aujourd'hui abandonné la voie vaginale et préfère l'incision abdominale, même pour les cas où la voie vaginale paraîtrait indiquée à la plupart des chirurgiens.

E. Vogt.

Chirurgie conservatrice de l'ovaire (*66e Réunion de l'Association médicale britannique*, 26-29 juillet 1898.) — Christopher Martin rappelle que l'ablation totale des deux ovaires produit chez la femme des accidents nombreux, tels que : apparition brusque des symptômes nerveux de la ménopause, tendance à l'obésité, etc. Il suffit, pour que ces accidents n'apparaissent pas, de conserver une petite portion d'ovaire : une femme qui n'a plus qu'un demi-ovaire se comporte, au point de vue physiologique, comme une femme ayant ses ovaires intacts. Il faut donc porter son attention à n'enlever que les parties de l'organe atteintes d'une affection quelconque : le sarcome ferait seul exception à la règle, car il arrive très souvent que la maladie, dans ce cas, s'attaque au second ovaire après avoir envahi le premier. Lorsqu'il s'agit de fibrômes, il est facile de les énucléer, car ces tumeurs disjoignent le tissu ovarique sans l'infiltrer. En cas de maladie kystique ayant envahi les deux organes, on enlèvera le plus malade et on réséquera du côté le moins atteint, pour conserver un peu de tissu sain.

En cas d'ovarite chronique, on est souvent obligé d'intervenir chirurgicalement : il faudra alors bien se garder de procéder à l'ablation des deux ovaires : on s'adressera de préférence à l'ignipuncture par la voie vaginale (colpotomie antérieure ou postérieure). Après rupture des adhérences au moyen du doigt, on attire les ovaires dans le vagin et on fait 6 à 12 cautérisations au Paquelin (pointe fine). Sur les 14 malades ainsi traitées, 8 ont guéri à la suite de l'intervention, et 5 ne furent que soulagées; chez trois de ces dernières on dut, plus tard, procéder à l'ablation des annexes. Dans les 8 cas de guérison, vient se ranger une femme jusqu'alors stérile qui devint enceinte trois mois après l'opération.

Lorsqu'il s'agit de procéder à l'ablation de kystes parovariques ou du ligament large, on pourra facilement conserver l'ovaire, même

quand ce dernier est réduit à un mince feuillet s'appliquant sur la surface postérieure de la tumeur.

En cas d'hystérectomie, on évitera, en conservant un seul ou les deux ovaires, les troubles nerveux de la ménopause. Il semble, d'un autre côté, que si l'on extirpe entièrement les annexes, les malades souffrent davantage de troubles de ménopause si on laisse l'utérus en place : ce dernier, privé de ses annexes, devient un centre de troubles nerveux. Donc, conserver les annexes si on enlève l'utérus, et enlever ce dernier si l'on extirpe entièrement les annexes.

E. Vogt.

Kystes de l'ovaire et du ligament large enlevés par le vagin (*Congrès de Chirurgie*). — M. Delaunay conclut de ses observations que, d'une façon générale, tout kyste ne dépassant pas le volume d'une tête d'adulte et appréciable par le vagin peut être enlevé par cette voie, et cela sans qu'il soit nécessaire de faire l'hystérectomie.

On doit ouvrir, soit le cul-de-sac antérieur, soit le cul-de-sac postérieur, suivant que le kyste fait saillie ou en avant ou en arrière ou latéralement. Il y a des réserves à faire sur les cas où le diagnostic d'adhérence serait porté et sur ceux où l'étroitesse du vagin serait un obstacle.

R. Blondel.

Pédiâtrie.

Dr THIERCELIN

Ex-Interne des hôpitaux.

Les colites chez l'enfant, par Guinon (*Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie* tenu à Marseille du 8 au 13 octobre). — Chez les nourrissons, l'étude anatomique comme l'étude clinique ne révèle que des « gastro-entérites ». Plus tard, chez l'enfant plus âgé, la distinction est plus facile à faire et la colite s'isole cliniquement.

Signalée par Barrier, décrite par Henoch sous le nom d'entérite catarrhale, par Baginski, plus récemment, sous le nom d'entérite folliculaire, la colite est, aujourd'hui, assez bien connue, sinon au point de vue de ses causes, du moins dans ses manifestations cliniques.

En ce qui concerne la bactériologie de la colite, le rôle des microbes n'est pas encore élucidé. Finkelstein a décrit un bâtonnet, qu'il s'est efforcé de distinguer du colibacille. Escherich a décrit, de son côté, un streptocoque spécial; enfin, dans un cas, M. H. Meunier a isolé le microbe pyocyanique; mais il n'est pas démontré que ces microbes soient la cause première de la maladie.

Au-dessous de trois ans, la colite primitive succède à l'ingestion d'aliments de mauvaise qualité ou irritants, de fruits crus insuffisamment mûrs.

Le lait altéré cause rarement la colite d'emblée. Celle-ci peut encore être produite par le calomel à hautes doses, l'helminthiase, les lavements irritants, etc...

Elle est plus fréquente pendant la saison chaude, et peut procéder par épidémies, bien que la contagion ne soit pas prouvée.

Secondaire, la colite aiguë peut compliquer la fièvre typhoïde, la rougeole.

Au-dessus de trois ans, la colite est souvent préparée par l'hérédité neuro-arthritique (père goutteux, eczémateux, mère névropathe, hystérique ou neurasthénique). L'hérédité est parfois plus étroite et directe ; la mère est atteinte, elle-même, d'entérite muco-membraneuse.

A cet âge, la grande cause de la colite est la constipation ancienne. D'autre part, la colite peut être la suite d'entérites du premier âge.

Au point de vue symptomatique, on peut distinguer les formes cliniques suivantes :

- Colite aiguë
  - Forme muqueuse ou catarrhale
    - grave
    - légère
    - localisée
  - Forme dysentérique
- Colite chronique
  - muco-membraneuse continue
    - forme indolente
    - — entéralgique
  - à paroxysmes
    - simples
    - dysentériformes

Le traitement doit varier suivant que la maladie est aiguë ou chronique suivant les formes qu'elle revêt,

Colites aiguës muqueuses. *Période de début.* — Il importe de calmer les douleurs abdominales et le ténesme, la fièvre et l'agitation. Les bains tièdes à 32-33°, les compresses chaudes sur le ventre, les petits lavements d'eau chaude ; la poudre de Dower, l'antipyrine et le chloral sont les meilleurs calmants à employer chez l'enfant.

Période d'état. — Les moyens précédents suffisent à diminuer le nombre des garde-robes et les douleurs. Quand le ténesme a diminué, on peut alors commencer la thérapeutique locale par les lavements et les purgations.

Si les garde-robes sont peu odorantes, si l'estomac est tolérant, on peut donner l'huile de ricin ou la magnésie. Si les selles sont putrides, d'odeur infecte, ce qui se voit surtout au début, le calomel est d'une grande utilité; on l'administre à doses fractionnées : pour un enfant, de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 divisés en 3 ou 4 paquets, qu'on donne d'heure en heure environ ; à 2 ans, 0 gr. 03 en 4 paquets, etc. On cesse l'adminis-

tration du médicament s'il apparaît des coliques ou du sang dans les garde-robes.

Période d'amélioration et convalescence. — On augmente l'alimentation en essayant des aliments plus nourrissants, comme les biscuits, la croûte de pain, les œufs très peu cuits, enfin, le lait stérilisé coupé, puis pur.

Pendant la convalescence, il faut combattre la constipation, si fréquente, par l'huile de ricin, le sulfate de soude ou la magnésie. Quelquefois, la diarrhée tend à s'éterniser; dans ce cas, on peut recommander le tannigène à doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 renouvelées 3 à 4 fois par jour.

Colite dysentériforme. — Les mêmes moyens sont applicables. Toutefois, dans ce cas, l'ipéca est particulièrement recommandable; on le donnera à doses de 0 gr. 20 à 1 gr. 50 ou 2 grammes, suivant l'âge, en infusion dans 100 grammes à 200 grammes d'eau sucrée, ou en potion, associé à l'opium. Éviter les vomissements, en éloignant ou en diminuant les doses, suivant les cas; on cessera quand les garde-robes deviendront fécaloïdes.

Si les selles restent dysentériques plus de trois ou quatre jours, il est bon d'essayer les lavements de nitrate d'argent à doses très faibles (0 gr. 20 pour un litre d'eau distillée) à donner chauds.

Colite chronique. — Les principales indications sont : combattre les tendances névropathiques des jeunes sujets; dans ce but, donner des bains fréquents et prolongés, des douches tièdes tous les jours; éviter la fatigue, la marche, surtout quand apparaissent les douleurs intestinales. Régler soigneusement le régime alimentaire suivant que domine la constipation ou la diarrhée.

Combattre l'inflammation du gros intestin, les bains chauds tous les deux ou trois jours, les compresses chaudes, appliquées matin et soir sur le ventre, sont d'une efficacité incontestable. Modifier les putréfactions intestinales par le calomel, soit à doses purgatives, soit à doses petites et fractionnées. Le benzonaphtol associé au bétol et au salicylate de bismuth ou de magnésie, complètent son action.

Malgré les traitements précédents, l'enfant atteint de colite est, à chaque instant, menacé de rechutes, s'il reste constipé. Il importe donc de combattre la constipation par tous les moyens et d'obtenir une garde-robe journalière.

On est souvent obligé de faire usage des laxatifs, qu'il importe de varier et dont le meilleur est l'huile de ricin à petites doses. Enfin et surtout, on appliquera le massage pratiqué avec une grande prudence et une extrême douceur.

G. Lyon.

Avantages et désavantages de l'alimentation des nourrissons par le lait stérilisé (*70e Réunion des Naturalistes et Médecins allemands*. Düsseldorf, 19-24 sept. 1898.) — Catlens pose les principes suivants : 1° Si l'on dispose de lait fraîchement trait, transporté dans des récipients propres, il suffira de faire bouillir ce lait ou de le stériliser pendant 10 minutes. On disposera ainsi d'un produit préférable à ceux des fabriques de lait stérilisé; 2° On ne doit stériliser que du lait propre et fraîchement trait : les bouteilles vides seront soumises à la stérilisation préalable. On peut stériliser pendant 30 minutes sans que le lait perde de ses qualités alimentaires; 3° Il est certain que l'on peut parfois continuer l'alimentation exclusive par le lait stérilisé au delà du 9e au 10e mois, mais cette pratique n'est pas à recommander; 4° Si ces deux mois limites tombent dans la saison chaude, on donnera à ce moment, en outre du lait stérilisé, des potages, des biscuits, de la semoule, du riz, etc.; si la date tombe dans la saison froide, on s'adressera au lait simplement bouilli pour former l'appoint.

Starck, de son côté, constate que la mortalité infantile n'a pas été grandement influencée par les pratiques nouvelles, car le lait stérilisé revient trop cher et la population pauvre n'en consomme pas.

La stérilisation trop prolongée détruit la lécithine, la nucléine, etc., ce qui enlève au lait ainsi traité une partie de sa valeur nutritive, mais le grand inconvénient de la stérilisation est son uniformité : le nourrisson reçoit pendant des mois un aliment présentant toujours les mêmes caractères physico-chimiques, alors que le lait de femme ou de vache varie constamment; ces variations s'observent même si on n'examine que le lait d'un seul sujet.

Czerny fait remarquer qu'on a le grand tort, quand on étudie cette question de l'alimentation du nourrisson, de ne pas distinguer entre le sujet bien portant et le sujet malade. Chaque produit alimentaire doit être examiné à ce double point de vue.

E. Vogt.

Action des bromures et des iodures de strontium sur le goitre exophtalmique chez l'enfant (*66e Réunion annuelle de l'Association médicale britannique*, in *British med. Journal*. 8 octobre 1898). — Lockhart Gillespie a eu l'occasion d'observer, dans le service des sourds-muets de l'hôpital Donaldson, d'Edimbourg, quelques cas de goitre exophtalmique. Le bromure et l'iodure de strontium lui ont rendu de grands services chez tous les malades traités : les pulsations de la glande disparaissent rapidement, la tachycardie et les phénomènes qui en dépendent s'amendent de même : au bout de quelque temps, on

ne trouve plus que de l'exophtalmie, et encore à un faible degré.

Les sels de strontium ont paru, dans le cas particulier, donner bien moins facilement naissance à des accidents de bromisme que leurs congénères (sels de potassium et sodium). L'auteur croit que c'est à tort que l'usage des sels de strontium n'est pas plus répandu; le nitrate est fort efficace dans le rhumatisme articulaire, le phosphate est un bon tonique; le lactate, enfin, est utilisé avec succès dans quelques affections rénales.

On se rappellera que le bromure de strontium est déliquescent, on doit donc le prescrire en solution. Les doses usuelles sont, pour le bromure, de 0 gr. 50 à 1 gr. 50, pour l'iodure, de 0 gr. 15 à 0 gr. 50 et davantage.

E. Vogt.

Traitement de la constipation chronique chez les enfants (*Medicinskoié Obosrenié*, n° 7, 1898). — Dans le traitement de la constipation chronique chez les enfants, le régime joue un rôle important d'après Furst. Le lait gras est d'une grande utilité.

A côté du régime, certains moyens thérapeutiques donnent de bons résultats, tel le massage de l'abdomen. Au contraire, les suppositoires ainsi que les purgatifs sont plutôt nuisibles, en déterminant une irritation intestinale; les purgatifs sont d'autant plus nuisibles que l'organisme, finissant à la longue par s'habituer à l'action du médicament, force est d'augmenter toujours la dose de celui-ci, ce qui a pour résultat des troubles de l'appétit. Les eaux minérales sont utiles; Furster a ordinairement recours à l'eau de Janos qu'il administre soit par la bouche, soit par le rectum. S'il l'administre par la bouche, il la fait mélanger à du lait en proportion suivante : une ou deux cuillerées à soupe d'eau pour quatre à cinq cuillerées de lait. Il répète cette dose deux à trois fois par jour.

Si le processus pathologique est localisé au gros intestin, surtout si les matières fécales s'accumulent dans le colon, l'eau minérale administrée par la bouche ne produira pas d'effet; il faut, dans ce cas, l'introduire par le rectum. Voici comment Fürst procède.

Trois ou quatre fois par semaine, il introduit dans le rectum, par un tube mou, un litre à un litre et demi d'eau froide à 16 degrés, à laquelle il ajoute de l'eau minérale à la quantité d'une cuillerée à soupe pour un enfant âgé de six mois à 1 an. Pour les enfants plus âgés, il ajoute une cuillerée à soupe par une année d'âge jusqu'à atteindre — chez l'enfant de 6 ans — 6 cuillerées à soupe — dose maxima suffisante, aussi pour des enfants plus âgés.

Si, en même temps, on fait suivre aux malades un régime régulier; si on leur donne en abondance une nourriture végétale riche en eau; si on diminue les occupations intellectuelles; si on prescrit, enfin, des exercices de corps, on arrive à obtenir une guérison complète, même dans la constipation chronique. Ce qui importe, c'est de ne pas arrêter trop vite le traitement susindiqué, qu'il faut poursuivre pendant des semaines et des mois, si l'on veut obtenir un succès complet et sûr.

Ce traitement n'est contre-indiqué que dans les cas où il existe des processus inflammatoires et ulcératifs de l'intestin, où, par conséquent, on peut soupçonner une altération du revêtement épithélial de la muqueuse. L'action de l'eau minérale se manifeste par un ramolissement des masses fécales pendant que le péristaltisme intestinal augmente.

Il faut ajouter que non seulement la constipation disparaît, mais que, aussi, l'état général s'améliore et que les enfants augmentent rapidement en poids.

B. Tapt.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Valeur thérapeutique des analgésiques récemment découverts (*The British med. Journal*, 8 oct. 1898). — Stockman, de Glasgow, constate qu'en ajoutant à la médication spécifique, dans les cas de rhumatisme et de malaria, l'action des antithermiques récemment découverts, on obtient des résultats remarquables dans nombre de cas. Ces produits présentent sans nul doute des inconvénients, mais ces derniers semblent avoir été grandement exagérés.

La présence de l'aniline communique à ces médicaments une action dépressive sur le système nerveux : il ne faudrait pas, toutefois, en conclure qu'en diminuant, dans la formule chimique, l'importance de l'aniline, on puisse sûrement compter sur une augmentation des propriétés utiles à l'organisme : les recherches actuelles n'ont pas encore permis de fixer avec une entière netteté le rapport existant entre la formule chimique et l'action physiologique : on ne saurait encore prophétiser, sur le simple examen d'une formule, l'action thérapeutique de l'analgésique à mettre en expérience.

Toutes ces substances présentent un caractère commun : elles exercent une action dépressive sur les fonctions de la substance grise de la moelle, se manifestant par une inhibition de

la transmission des impressions douloureuses centripètes. En même temps, la faculté de perception de l'organe central est diminuée, dans une certaine mesure, pour la sphère de la sensibilité, tandis que la motricité est à peine modifiée : il en résulte que ces substances ont pour principal avantage de permettre aux malades de continuer à vaquer à leurs occupations, une fois l'action analgésique obtenue. Malheureusement, nous ne possédons aucun médicament dont l'action se limite exactement aux phénomènes ci-dessus décrits : nos analgésiques influencent toujours plus ou moins les centres respiratoire et vaso-moteur, la composition du sang, etc. Il n'est pas probable que l'on découvre jamais, dans cet ordre d'idées, un médicament exempt d'inconvénients. Actuellement, les analgésiques dont on peut utilement se servir et dont les inconvénients sont facilement évitables, sont l'antipyrine, la phénacétine et la lactophénine; cette dernière mérite d'être plus souvent employée qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

E. Vogt.

L'urophérine (*Klinisch - Therap. Wochenschrift*, n° 48, 1898). — Schmid a expérimenté le salicylate et le benzoate doubles de lithine et théobromine : ces deux sels ont reçu les noms de salicylate et de benzoate d'urophérine. Les deux substances ont une action thérapeutique à peu près semblable, le benzoate étant destiné surtout à être prescrit dans les cas où les salicylates en général sont mal supportés : on peut les utiliser dans les mêmes états morbides que la diurétine, mais elles ont, sur cette dernière, l'avantage de coûter beaucoup moins cher.

Les essais de l'auteur ont été effectués à la clinique pédiâtrique du professeur Escherich, à Graz : les maladies traitées ont été l'anasarque d'origine rénale ou cardiaque, la péricardite avec exsudat, la pleurésie, etc.

La prescription usuelle a été :

Salicylate d'urophérine.....	5 gr.
Eau.....	120 gr.
Vanilline.....	0 gr. 001
Mucilage de gomme arabique Sirop simple.....	aâ 15 gr.

3 à 4 cuillerées à entremets par jour.

On peut sans inconvénient forcer les doses jusqu'à 3 grammes de substance active par jour, chez les enfants plus âgés. Il faut, en général, 10 à 15 grammes d'urophérine pour obtenir la disparition des œdèmes et exsudats. Le goût du médicament étant un peu amer, il est nécessaire d'ajouter un correctif (V. la formule ci-dessus).

En résumé, on se trouve en présence de deux diurétiques très actifs, non toxiques, ne présentant aucun inconvénient et susceptibles de rendre, en pédiâtrie, de très grands services, principalement dans les cas de pleurésies avec épanchement abondant et dans les hydropisies d'origine cardiaque.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Prophylaxie.

a) Des sujets sains.

Combattre la contagion par inhalation, en faisant cracher les tuberculeux dans des *crachoirs* munis de couvercles et remplis au tiers de la solution suivante :

Sublimé.....	2	grammes
Chlorure de sodium...	20	—
Eau.....	1	litre

(Miquel).

ou

Solution de formol commerciale.....	5	grammes
Eau.....	1	litre

Ces crachoirs seront vidés, puis plongés dans l'eau bouillante, additionnée d'un peu de carbonate de soude (Grancher).

Par la désinfection des *mouchoirs* qui seront plongés dans l'eau bouillante avant d'être livrés au blanchissage.

Stériliser les déjections en les recueillant dans des bassins contenant les solutions indiquées plus haut ou une solution de sulfate de cuivre à 50 0/00, etc.

Désinfecter après décès les objets de literie, les rideaux, les tapis, au moyen de l'étuve.

Laver les planchers avec des solutions de sublimé faire gratter les murs, et les faire blanchir ensuite à la chaux.

Combattre la contagion par les aliments *en fai-*

2° *Albuminurie*. L'emploi des astringents continue à être en faveur : parmi ces médicaments, l'auteur préfère les ferrugineux, mais, en somme, la diminution de la quantité d'albumine ne doit pas constituer l'objectif principal au cours d'une affection aussi lente dans son évolution, car plusieurs des remèdes usuels sont à la longue mal supportés par le tube digestif.

3° *Hydropisie*. Les diaphorétiques, sous forme d'applications hydrothérapiques et thermales diverses, semblent moins importants à considérer que l'action de la pilocarpine ; ce dernier médicament a causé un grand désappointement, mais l'auteur pense qu'on a quelque peu exagéré ses dangers, et qu'on peut y recourir dans les cas où les pratiques hydrothérapiques provoquent des céphalées intenses.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un rein cirrhotique, les indications thérapeutiques deviennent plus difficiles encore à mener à bien : le chlorure d'or, l'iodure de potassium, n'ont pas tenu, semble-t-il, ce que l'on attendait d'eux. La nitroglycérine rendra des services, grâce à son action lente et sûre (diminution de la tension artérielle, dilatation des vaisseaux de la périphérie) ; son succédané, le nitrite d'amyle se prête aux cas urgents, car il agit plus rapidement, mais aussi moins longtemps que la trinitrine. Les céphalées persistantes constituent la principale indication de ces médicaments.

L'insomnie, symptôme fréquent aussi, sera combattue par l'usage de pédiluves chauds. Les opiacés peuvent-ils être administrés sans danger? L'orateur le croit : il n'a jamais observé d'accidents à la suite de leur emploi prudent, mais se montre surtout satisfait de l'hyoscine en injection sous-cutanée à la dose d'un quart de milligramme environ. Dès que l'on augmente cette dose minime, on risque de provoquer du délire.

Pour éviter les crises urémiques, il faut tenir surtout à ce que le malade s'alimente d'une façon rationnelle ; les moindres troubles dyspeptiques demandent des soins minutieux.

Ces convulsions urémiques ne paraissent pas à l'auteur se modifier favorablement sous l'influence des diverses préparations vaso-dilatatrices (nitrites et congénères). L'état urémique devra surtout être combattu par l'administration d'huile de croton. La morphine parait contre-indiquée.

E. Vogt.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité à l'hôpital de la Charité.

A propos du traitement de l'avortement (*Progrès médical*, 17 septembre 1898). — M. Budin conseille d'administrer le chloroforme : puis, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, on procède à la dilatation de l'orifice avec un ou deux doigts et si le tissu utérin résiste trop on fait usage des bougies d'Hégar.

Après la dilatation, on pratique le curage avec les deux doigts, qui peuvent pénétrer quand il s'agit d'un avortement de trois à quatre mois, avec un doigt après un avortement de deux à trois mois. Une main mise sur l'abdomen maintient l'utérus en place et le fixe solidement : le doigt ou les doigts introduits dans l'intérieur de la matrice détachent lentement, régulièrement et entièrement le placenta. Il faut ensuite procéder à l'évacuation : quelquefois le placenta est entraîné par deux doigts qui le saisissent entre eux, ou par un seul doigt mis en crochet et prenant point d'appui sur le tissu placentaire ou mieux sur les vaisseaux résistants qui se rendent dans les cotyledons. Si on échoue dans ces tentatives, si la masse de l'arrière-faix est trop grosse ou si l'orifice utérin est trop petit, on ne doit pas céder à la tentation d'introduire des pinces, mais, après avoir dilacéré, fractionné le placenta, recourir à l'expression abdomino-vaginale.

On explore ensuite l'utérus pour s'assurer qu'il ne reste rien dans sa cavité; on fait un grand lavage au sublimé, à 1 pour 4,000, en se servant de la sonde à canal, puis on a recours aux écouvillons. M, Budin emploie de gros écouvillons faits avec des côtes de plumes ; on les plonge dans une solution de sublimé et on les introduit dans l'utérus. Des mouvements sont exécutés de haut en bas et de bas en haut, grâce auxquels on nettoie successivement la paroi antérieure, la paroi latérale gauche, la paroi postérieure et la paroi latérale droite de l'utérus ; on termine en imprimant à l'écouvillon des mouvements de rotation sur son axe. Quand, deux ou trois écouvillons ayant été introduits, ils ne ramènent plus aucun débris d'arrière-faix ou de caduque, on en passe encore deux qui ont été plongés dans une solution de glycérine et de créosote à 1 pour 5 ou à parties égales, et on fait immédiatement un lavage de la cavité vaginale avec une solution de sublimé, afin d'enlever l'excès de créosote qui est caustique,

Si l'utérus revient sur lui-même et s'il n'y a aucune hémorragie, on peut ne point pratiquer le tamponnement; dans le cas contraire, on tamponne la cavité utérine et la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée.

R. Blondel.

A propos de quelques complications consécutives à l'hystéro-salpyngo-oophorectomie vaginale dans les cas de suppuration pelvienne (*Medical Record*, 1er octobre 1898). — Blume a présenté à la réunion annuelle des gynécologues américains (*Pittsburg*, 20 septembre), un travail sur ce sujet. L'hystérectomie vaginale a actuellement conquis droit de cité; les objections concernant l'importance de la conservation de l'utérus, une fois les annexes enlevées, le danger de provoquer, en enlevant la totalité des organes génitaux pelviens, des troubles nerveux graves, n'ont pu résister à un examen consciencieux des faits.

De 1895 à 1898, l'orateur a pratiqué 42 hystérectomies vaginales : dans 18 cas, la situation était telle qu'une hystérectomie abdominale n'aurait eu que 70 0/0 de chance de réussite. Les organes pelviens étaient, dans ces cas, agglutinés en une masse informe et on ne pouvait les distinguer par la palpation. Les 24 autres cas présentaient des lésions moins accentuées, mais suffisantes pour nécessiter l'intervention.

Price, au cours de la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, a préconisé la voie abdominale, la voie vaginale exposant à l'obstruction intestinale.

Hall croit que, lorsqu'il existe des adhérences solides avec les organes voisins, la voie vaginale ne peut venir à bout des difficultés.

Il semblerait que les malades âgés de moins de 45 ans, opérées par la voie abdominale et auxquelles on a laissé le col utérin seul, présentent moins de troubles réflexes que lorsqu'on laisse l'utérus entier en place.

Dunning n'est pas d'accord avec Blume, au sujet des cas où il existe une grande quantité de pus, remontant jusque vers l'ombilic, les organes étant agglutinés en masse compacte. Dans ces cas, la voie vaginale ne permet souvent pas, une fois les organes pelviens extirpés, d'enlever le sac purulent. Il faut se décider d'après chaque cas particulier et ne rejeter aucune des deux méthodes *à priori*.

Dunn pense qu'il est très difficile d'atteindre la perfection opératoire si l'on choisit la voie vaginale : les complications post-opératoires sont beaucoup plus nombreuses qu'avec la voie abdominale. Les dangers de section d'un urétère, d'une anse intestinale, d'hémorragie, sont beaucoup plus grands avec la voie vaginale. Cette dernière doit être réservée à quelques cas soigneusement déterminés, dans lesquels la voie abdominale deviendrait périlleuse pour la malade. Très souvent on est obligé, après avoir choisi la voie vaginale, de revenir à la charge en opérant par la voie abdominale.

Davis prédit un grand avenir à l'incision vaginale suivie de drainage; ce procédé permet souvent de remplacer par une intervention fort simple l'incision abdominale, qui représente une opération beaucoup plus importante.

Reed, après une étude consciencieuse de la question, a aujourd'hui abandonné la voie vaginale et préfère l'incision abdominale, même pour les cas où la voie vaginale paraîtrait indiquée à la plupart des chirurgiens.

E. Vogt.

Chirurgie conservatrice de l'ovaire (*66e Réunion de l'Association médicale britannique*, 26-29 juillet 1898.) — Christopher Martin rappelle que l'ablation totale des deux ovaires produit chez la femme des accidents nombreux, tels que : apparition brusque des symptômes nerveux de la ménopause, tendance à l'obésité, etc. Il suffit, pour que ces accidents n'apparaissent pas, de conserver une petite portion d'ovaire : une femme qui n'a plus qu'un demi-ovaire se comporte, au point de vue physiologique, comme une femme ayant ses ovaires intacts. Il faut donc porter son attention à n'enlever que les parties de l'organe atteintes d'une affection quelconque : le sarcome ferait seul exception à la règle, car il arrive très souvent que la maladie, dans ce cas, s'attaque au second ovaire après avoir envahi le premier. Lorsqu'il s'agit de fibrômes, il est facile de les énucléer, car ces tumeurs disjoignent le tissu ovarique sans l'infiltrer. En cas de maladie kystique ayant envahi les deux organes, on enlèvera le plus malade et on réséquera du côté le moins atteint, pour conserver un peu de tissu sain.

En cas d'ovarite chronique, on est souvent obligé d'intervenir chirurgicalement : il faudra alors bien se garder de procéder à l'ablation des deux ovaires : on s'adressera de préférence à l'ignipuncture par la voie vaginale (colpotomie antérieure ou postérieure). Après rupture des adhérences au moyen du doigt, on attire les ovaires dans le vagin et on fait 6 à 12 cautérisations au Paquelin (pointe fine). Sur les 14 malades ainsi traitées, 8 ont guéri à la suite de l'intervention, et 5 ne furent que soulagées; chez trois de ces dernières on dut, plus tard, procéder à l'ablation des annexes. Dans les 8 cas de guérison, vient se ranger une femme jusqu'alors stérile qui devint enceinte trois mois après l'opération.

Lorsqu'il s'agit de procéder à l'ablation de kystes parovariques ou du ligament large, on pourra facilement conserver l'ovaire, même

quand ce dernier est réduit à un mince feuillet s'appliquant sur la surface postérieure de la tumeur.

En cas d'hystérectomie, on évitera, en conservant un seul ou les deux ovaires, les troubles nerveux de la ménopause. Il semble, d'un autre côté, que si l'on extirpe entièrement les annexes, les malades souffrent davantage de troubles de ménopause si on laisse l'utérus en place : ce dernier, privé de ses annexes, devient un centre de troubles nerveux. Donc, conserver les annexes si on enlève l'utérus, et enlever ce dernier si l'on extirpe entièrement les annexes.

E. Vogt.

Kystes de l'ovaire et du ligament large enlevés par le vagin *Congrès de Chirurgie*. — M. Delagénière conclut de ses observations que, d'une façon générale, tout kyste ne dépassant pas le volume d'une tête d'adulte et appréciable par le vagin peut être enlevé par cette voie, et cela sans qu'il soit nécessaire de faire l'hystérectomie.

On doit ouvrir, soit le cul-de-sac antérieur, soit le cul-de-sac postérieur, suivant que le kyste fait saillie ou en avant ou en arrière ou latéralement. Il y a des réserves à faire sur les cas où le diagnostic d'adhérence serait porté et sur ceux où l'étroitesse du vagin serait un obstacle.

R. Blondel.

Pédiâtrie.

Dr THIERCELIN

Ex-Interne des hôpitaux.

Les colites chez l'enfant, par Guinon *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie* tenu à Marseille du 8 au 13 octobre. — Chez les nourrissons, l'étude anatomique comme l'étude clinique ne révèle que des « gastro-entérites ». Plus tard, chez l'enfant plus âgé, la distinction est plus facile à faire et la colite s'isole cliniquement.

Signalée par Barrier, décrite par Henoch sous le nom d'entérite catarrhale, par Baginski, plus récemment, sous le nom d'entérite folliculaire, la colite est, aujourd'hui, assez bien connue, sinon au point de vue de ses causes, du moins dans ses manifestations cliniques.

En ce qui concerne la bactériologie de la colite, le rôle des microbes n'est pas encore élucidé. Finkelstein a décrit un bâtonnet, qu'il s'est efforcé de distinguer du colibacille. Escherich a décrit, de son côté, un streptocoque spécial; enfin, dans un cas, M. H. Meunier a isolé le microbe pyocyanique; mais il n'est pas démontré que ces microbes soient la cause première de la maladie.

Au-dessous de trois ans, la colite primitive succède à l'ingestion d'aliments de mauvaise qualité ou irritants, de fruits crus insuffisamment mûrs.

Le lait altéré cause rarement la colite d'emblée. Celle-ci peut encore être produite par le calomel à hautes doses, l'helminthiase, les lavements irritants, etc...

Elle est plus fréquente pendant la saison chaude, et peut procéder par épidémies, bien que la contagion ne soit pas prouvée.

Secondaire, la colite aiguë peut compliquer la fièvre typhoïde, la rougeole.

Au-dessus de trois ans, la colite est souvent préparée par l'hérédité neuro-arthritique (père goutteux, eczémateux, mère névropathe, hystérique ou neurasthénique). L'hérédité est parfois plus étroite et directe : la mère est atteinte, elle-même, d'entérite muco-membraneuse.

A cet âge, la grande cause de la colite est la constipation ancienne. D'autre part, la colite peut être la suite d'entérites du premier âge.

Au point de vue symptomatique, on peut distinguer les formes cliniques suivantes :

Colite aiguë
- Forme muqueuse ou catarrhale
  - grave
  - légère
  - localisée
- Forme dysentérique

Colite chronique
- muco-membraneuse continue
  - forme indolente
  - — entéralgique
- à paroxysmes
  - simples
  - dysentériformes

Le traitement doit varier suivant que la maladie est aiguë ou chronique suivant les formes qu'elle revêt.

Colites aiguës muqueuses. *Période de début*. — Il importe de calmer les douleurs abdominales et le ténesme, la fièvre et l'agitation. Les bains tièdes à 32-33°, les compresses chaudes sur le ventre, les petits lavements d'eau chaude ; la poudre de Dower, l'antipyrine et le chloral sont les meilleurs calmants à employer chez l'enfant.

Période d'état. — Les moyens précédents suffisent à diminuer le nombre des garde-robes et les douleurs. Quand le ténesme a diminué, on peut alors commencer la thérapeutique locale par les lavements et les purgations.

Si les garde-robes sont peu odorantes, si l'estomac est tolérant, on peut donner l'huile de ricin ou la magnésie. Si les selles sont putrides, d'odeur infecte, ce qui se voit surtout au début, le calomel est d'une grande utilité; on l'administre à doses fractionnées : pour un enfant, de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 divisés en 3 ou 4 paquets, qu'on donne d'heure en heure environ ; à 2 ans, 0 gr. 03 en 4 paquets, etc. On cesse l'adminis-

tration du médicament s'il apparaît des coliques ou du sang dans les garde-robes.

Période d'amélioration et convalescence. — On augmente l'alimentation en essayant des aliments plus nourrissants, comme les biscuits, la croûte de pain, les œufs très peu cuits, enfin, le lait stérilisé coupé, puis pur.

Pendant la convalescence, il faut combattre la constipation, si fréquente, par l'huile de ricin, le sulfate de soude ou la magnésie. Quelquefois, la diarrhée tend à s'éterniser ; dans ce cas, on peut recommander le tannigène à doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 renouvelées 3 à 4 fois par jour.

Colite dysentériforme. — Les mêmes moyens sont applicables. Toutefois, dans ce cas, l'ipéca est particulièrement recommandable; on le donnera à doses de 0 gr. 20 à 1 gr. 50 ou 2 grammes, suivant l'âge, en infusion dans 100 grammes à 200 grammes d'eau sucrée, ou en potion, associé à l'opium. Éviter les vomissements, en éloignant ou en diminuant les doses, suivant les cas ; on cessera quand les garde-robes deviendront fécaloïdes.

Si les selles restent dysentériques plus de trois ou quatre jours, il est bon d'essayer les lavements de nitrate d'argent à doses très faibles (0 gr. 20 pour un litre d'eau distillée) à donner chauds.

Colite chronique.— Les principales indications sont : combattre les tendances névropathiques des jeunes sujets; dans ce but, donner des bains fréquents et prolongés, des douches tièdes tous les jours; éviter la fatigue, la marche, surtout quand apparaissent les douleurs intestinales. Régler soigneusement le régime alimentaire suivant que domine la constipation ou la diarrhée.

Combattre l'inflammation du gros intestin, les bains chauds tous les deux ou trois jours, les compresses chaudes, appliquées matin et soir sur le ventre, sont d'une efficacité incontestable. Modifier les putréfactions intestinales par le calomel, soit à doses purgatives, soit à doses petites et fractionnées. Le benzonaphtol associé au bétol et au salicylate de bismuth ou de magnésie, complètent son action.

Malgré les traitements précédents, l'enfant atteint de colite est, à chaque instant, menacé de rechutes, s'il reste constipé. Il importe donc de combattre la constipation par tous les moyens et d'obtenir une garde-robe journalière.

On est souvent obligé de faire usage des laxatifs, qu'il importe de varier et dont le meilleur est l'huile de ricin à petites doses. Enfin et surtout, on appliquera le massage pratiqué avec une grande prudence et une extrême douceur.

G. Lyon.

Avantages et désavantages de l'alimentation des nourrissons par le lait stérilisé (*70e Réunion des Naturalistes et Médecins allemands.* Düsseldorf, 19-24 sept. 1898.) — Catlens pose les principes suivants : 1° Si l'on dispose de lait fraîchement trait, transporté dans des récipients propres, il suffira de faire bouillir ce lait ou de le stériliser pendant 10 minutes. On disposera ainsi d'un produit préférable à ceux des fabriques de lait stérilisé; 2° On ne doit stériliser que du lait propre et fraîchement trait : les bouteilles vides seront soumises à la stérilisation préalable. On peut stériliser pendant 30 minutes sans que le lait perde de ses qualités alimentaires; 3° Il est certain que l'on peut parfois continuer l'alimentation exclusive par le lait stérilisé au delà du 9e au 10e mois, mais cette pratique n'est pas à recommander; 4° Si ces deux mois limites tombent dans la saison chaude, on donnera à ce moment, en outre du lait stérilisé, des potages, des biscuits, de la semoule, du riz, etc.; si la date tombe dans la saison froide, on s'adressera au lait simplement bouilli pour former l'appoint.

Starck, de son côté, constate que la mortalité infantile n'a pas été grandement influencée par les pratiques nouvelles, car le lait stérilisé revient trop cher et la population pauvre n'en consomme pas.

La stérilisation trop prolongée détruit la lécithine, la nucléine, etc., ce qui enlève au lait ainsi traité une partie de sa valeur nutritive, mais le grand inconvénient de la stérilisation est son uniformité : le nourrisson reçoit pendant des mois un aliment présentant toujours les mêmes caractères physico-chimiques, alors que le lait de femme ou de vache varie constamment; ces variations s'observent même si on n'examine que le lait d'un seul sujet.

Czerny fait remarquer qu'on a le grand tort, quand on étudie cette question de l'alimentation du nourrisson, de ne pas distinguer entre le sujet bien portant et le sujet malade. Chaque produit alimentaire doit être examiné à ce double point de vue.

E. Vogt.

Action des bromures et des iodures de strontium sur le goitre exophtalmique chez l'enfant (*66e Réunion annuelle de l'Association médicale britannique*, in *British med. Journal.* 8 octobre 1898). — Lockhart Gillespie a eu l'occasion d'observer, dans le service des sourds-muets de l'hôpital Donaldson, d'Edimbourg, quelques cas de goitre exophtalmique. Le bromure et l'iodure de strontium lui ont rendu de grands services chez tous les malades traités : les pulsations de la glande disparaissent rapidement, la tachycardie et les phénomènes qui en dépendent s'amendent de même : au bout de quelque temps, on

ne trouve plus que de l'exophtalmie, et encore à un faible degré.

Les sels de strontium ont paru, dans le cas particulier, donner bien moins facilement naissance à des accidents de bromisme que leurs congénères (sels de potassium et sodium). L'auteur croit que c'est à tort que l'usage des sels de strontium n'est pas plus répandu; le nitrate est fort efficace dans le rhumatisme articulaire, le phosphate est un bon tonique; le lactate, enfin, est utilisé avec succèsdans quelques affections rénales.

On se rappellera que le bromure de strontium est déliquescent, on doit donc le prescrire en solution. Les doses usuelles sont, pour le bromure, de 0 gr. 50 à 1 gr. 50, pour l'iodure, de 0 gr. 15 à 0 gr. 50 et davantage.

E. Vogt.

Traitement de la constipation chronique chez les enfants (*Medicinskoié Obosrenié*, n° 7, 1898). — Dans le traitement de la constipation chronique chez les enfants, le régime joue un rôle important d'après Furst. Le lait gras est d'une grande utilité.

A côté du régime, certains moyens thérapeutiques donnent de bons résultats, tel le massage de l'abdomen. Au contraire, les suppositoires ainsi que les purgatifs sont plutôt nuisibles, en déterminant une irritation intestinale; les purgatifs sont d'autant plus nuisibles que l'organisme, finissant à la longue par s'habituer à l'action du médicament, force est d'augmenter toujours la dose de celui-ci, ce qui a pour résultat des troubles de l'appétit. Les eaux minérales sont utiles; Furster a ordinairement recours à l'eau de Janos qu'il administre soit par la bouche, soit par le rectum. S'il l'administre par la bouche, il la fait mélanger à du lait en proportion suivante : une ou deux cuillerées à soupe d'eau pour quatre à cinq cuillerées de lait. Il répète cette dose deux à trois fois par jour.

Si le processus pathologique est localisé au gros intestin, surtout si les matières fécales s'accumulent dans le colon, l'eau minérale administrée par la bouche ne produira pas d'effet; il faut, dans ce cas, l'introduire par le rectum. Voici comment Fürst procède.

Trois ou quatre fois par semaine, il introduit dans le rectum, par un tube mou, un litre à un litre et demi d'eau froide à 16 degrés, à laquelle il ajoute de l'eau minérale à la quantité d'une cuillerée à soupe pour un enfant âgé de six mois à 1 an. Pour les enfants plus âgés, il ajoute une cuillerée à soupe par une année d'âge jusqu'à atteindre — chez l'enfant de 6 ans — 6 cuillerées à soupe — dose maxima suffisante, aussi pour des enfants plus âgés.

Si, en même temps, on fait suivre aux malades un régime régulier; si on leur donne en abondance une nourriture végétale riche en eau; si on diminue les occupations intellectuelles; si on prescrit, enfin, des exercices de corps, on arrive à obtenir une guérison complète, même dans la constipation chronique. Ce qui importe, c'est de ne pas arrêter trop vite le traitement susindiqué, qu'il faut poursuivre pendant des semaines et des mois, si l'on veut obtenir un succès complet et sûr,

Ce traitement n'est contre-indiqué que dans les cas où il existe des processus inflammatoires et ulcératifs de l'intestin, où, par conséquent, on peut soupçonner une altération du revêtement épithélial de la muqueuse, L'action de l'eau minérale se manifeste par un ramolissement des masses fécales pendant que le péristaltisme intestinal augmente.

Il faut ajouter que non seulement la constipation disparaît, mais que, aussi, l'état général s'améliore et que les enfants augmentent rapidement en poids.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Valeur thérapeutique des analgésiques récemment découverts (*The British med. Journal*, 8 oct. 1898). — Stockman, de Glasgow, constate qu'en ajoutant à la médication spécifique, dans les cas de rhumatisme et de malaria, l'action des antithermiques récemment découverts, on obtient des résultats remarquables dans nombre de cas. Ces produits présentent sans nul doute des inconvénients, mais ces derniers semblent avoir été grandement exagérés.

La présence de l'aniline communique à ces médicaments une action dépressive sur le système nerveux : il ne faudrait pas, toutefois, en conclure qu'en diminuant, dans la formule chimique, l'importance de l'aniline, on puisse sûrement compter sur une augmentation des propriétés utiles à l'organisme : les recherches actuelles n'ont pas encore permis de fixer avec une entière netteté le rapport existant entre la formule chimique et l'action physiologique : on ne saurait encore prophétiser, sur le simple examen d'une formule, l'action thérapeutique de l'analgésique à mettre en expérience.

Toutes ces substances présentent un caractère commun : elles exercent une action dépressive sur les fonctions de la substance grise de la moelle, se manifestant par une inhibition de

la transmission des impressions douloureuses centripètes. En même temps, la faculté de perception de l'organe central est diminuée, dans une certaine mesure, pour la sphère de la sensibilité, tandis que la motricité est à peine modifiée : il en résulte que ces substances ont pour principal avantage de permettre aux malades de continuer à vaquer à leurs occupations, une fois l'action analgésique obtenue. Malheureusement, nous ne possédons aucun médicament dont l'action se limite exactement aux phénomènes ci-dessus décrits : nos analgésiques influencent toujours plus ou moins les centres respiratoire et vaso-moteur, la composition du sang, etc. Il n'est pas probable que l'on découvre jamais, dans cet ordre d'idées, un médicament exempt d'inconvénients. Actuellement, les analgésiques dont on peut utilement se servir et dont les inconvénients sont facilement évitables, sont l'antipyrine, la phénacétine et la lactophénine; cette dernière mérite d'être plus souvent employée qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

E. Vogt.

L'urophérine (*Klinisch-Therap. Wochenschrift*, n° 48, 1898). — Schmid a expérimenté le salicylate et le benzoate doubles de lithine et théobromine : ces deux sels ont reçu les noms de salicylate et de benzoate d'urophérine. Les deux substances ont une action thérapeutique à peu près semblable, le benzoate étant destiné surtout à être prescrit dans les cas où les salicylates en général sont mal supportés : on peut les utiliser dans les mêmes états morbides que la diurétine, mais elles ont, sur cette dernière, l'avantage de coûter beaucoup moins cher.

Les essais de l'auteur ont été effectués à la clinique pédiâtrique du professeur Escherich, à Graz : les maladies traitées ont été l'anasarque d'origine rénale ou cardiaque, la péricardite avec exsudat, la pleurésie, etc.

La prescription usuelle a été :

Salicylate d'urophérine.....	5 gr.
Eau.....	120 gr.
Vanilline.....	0 gr. 001
Mucilage de gomme arabique Sirop simple.....	aâ 15 gr.

3 à 4 cuillerées à entremets par jour.

On peut sans inconvénient forcer les doses jusqu'à 3 grammes de substance active par jour, chez les enfants plus âgés. Il faut, en général, 10 à 15 grammes d'urophérine pour obtenir la disparition des œdèmes et exsudats. Le goût du médicament étant un peu amer, il est nécessaire d'ajouter un correctif (V. la formule ci-dessus).

En résumé, on se trouve en présence de deux diurétiques très actifs, non toxiques, ne présentant aucun inconvénient et susceptibles de rendre, en pédiâtrie, de très grands services, principalement dans les cas de pleurésies avec épanchement abondant et dans les hydropisies d'origine cardiaque.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Prophylaxie.

a) Des sujets sains.

Combattre la contagion par inhalation, en faisant cracher les tuberculeux dans des *crachoirs* munis de couvercles et remplis au tiers de la solution suivante :

Sublimé.....	2 grammes
Chlorure de sodium...	20 —
Eau.....	1 litre

(Miquel).

ou

Solution de formol commerciale.....	5 grammes
Eau.....	1 litre

Ces crachoirs seront vidés, puis plongés dans l'eau bouillante, additionnée d'un peu de carbonate de soude (Grancher).

Par la désinfection des *mouchoirs* qui seront plongés dans l'eau bouillante avant d'être livrés au blanchissage.

Stériliser les déjections en les recueillant dans des bassins contenant les solutions indiquées plus haut ou une solution de sulfate de cuivre à 50 0/00, etc.

Désinfecter après décès les objets de literie, les rideaux, les tapis, au moyen de l'étuve.

Laver les planchers avec des solutions de sublimé faire gratter les murs, et les faire blanchir ensuite à la chaux.

Combattre la contagion par les aliments *en fai-*

sant bouillir ou stériliser le lait; en soumettant la viande à une cuisson prolongée.

b) Des sujets prédisposés.

Isoler dans les hôpitaux les malades atteints de bronchite, de grippe, de coqueluche, de rougeole, malades particulièrement sujets à la contamination.

Isoler rigoureusement les prédisposés des tuberculeux.

Imposer l'*alimentation au sein* pour les enfants issus de parents suspects.

Favoriser le développement physique des enfants plus âgés par la *vie au grand air*, la *gymnastique respiratoire*, les *lotions froides* et les *frictions sèches*, les *bains salés*, une *alimentation substantielle*, le *séjour au bord de la mer, sur les plages de sable*, l'usage de l'*huile de foie de morue*, du *sirop iodo-tannique*, des *phosphates*.

A l'époque de l'adolescence, proscrire le *surmenage*.

Traitement hygiénique.

Constitue le traitement essentiel de la tuberculose, le seul qui puisse assurer la guérison.

Applicable en tout lieu et en toute saison.

Hygiène de la peau. — *Bains* à 36°, de courte durée, dans une pièce chauffée.

Douches chaudes, utiles pour débarrasser la peau des produits de la sécrétion sudorale.

Lotions froides; enveloppements dans le drap mouillé; frictions sèches au gant de crin; frictions avec des liquides alcooliques: alcool à 90°, alcool camphré, alcoolat de lavande, eau de Cologne, etc.

Porter gilet et caleçon de flanelle; condamner le corset susceptible de gêner l'ampliation thoracique.

Soins hygiéniques relatifs à l'appareil respiratoire.

Lavages bi-quotidiens de la bouche avec une solution de phénosalyl.

Phénosalyl	5 grammes
Alcool de menthe.....	250 —
Teinture de benjoin ...	XXX gouttes

une cuillerée à café environ dans un verre d'eau.

Lavages du nez au moyen du siphon de Weber, à l'aide d'eau tiède salée, (une à deux cuillerées à café de gros sel de cuisine pour un verre d'eau).

Ou *faire renifler de la vaseline boriquée et mentholée.*

Vaseline.....	30 grammes
Acide borique...	3 —
Menthol	0 gr. 25

Pulvérisations bucco-pharyngées fréquentes avec de l'eau additionnée de quelques gouttes d'eucalyptol ou d'essence de thym par verre. Supprimer l'usage du tabac.

Recommander la gymnastique respiratoire méthodique, consistant en *longues et profondes inspirations* de façon à ventiler au maximum le poumon et à chasser le plus possible l'air résiduel.

Mouvements des bras pour aider à la dilatation du thorax (à la condition qu'il n'y ait pas d'adhérences pleurales).

Apprendre aux malades à supprimer la toux inutile, c'est-à-dire celle qui n'est pas suivie d'expectoration.

Défendre aux malades de déglutir les crachats, leur interdire de cracher sur le sol ou sur les parquets des appartements *(crachoir portatif)*

Hygiène sexuelle : *proscrire les excès de coït;*

Interdire l'allaitement aux mères tuberculeuses, recommander le repos au lit pendant la période menstruelle.

Hygiène de l'appareil nerveux. — Proscrire toutes les causes d'épuisement nerveux : *les exercices physiques violents, débilitants ou exposant aux refroidissements*: escrime, canotage, bicyclette, etc.; les *veillées prolongées*; les *émotions du jeu*; le *surmenage cérébral*; les excitants du système nerveux : *café, thé, alcool* (aux malades qui supportent mal ces boissons et ont de l'insomnie à la suite de leur usage). *Recommander de consacrer dix heures au moins au sommeil.*

Hygiène de l'appareil digestif. — *Repas à des heures réglées*; *leur consacrer un temps suffisamment long.*

Soins particuliers de la dentition pour assurer une mastication irréprochable; faire remplacer les dents qui manquent.

Régime alimentaire : doit être varié, comprendre tous les aliments de digestion facile, tous ceux qui excitent l'appétit des malades :

Les viandes de toute provenance, les volailles, le gibier frais, le jambon, les viandes gélatineuses (pied de veau, de mouton), les ris de veau, les cervelles, tous les poissons, les huîtres, les œufs, les aliments gras (beurre frais, caviar, sardines à l'huile, thon, foie gras, etc.), les féculents, et particulièrement les lentilles, pois, haricots blancs, pommes de terre; le riz; les pâtes alimentaires, nouilles, macaroni; les légumes verts (en quantité modérée); les salades; les fromages; les fruits (cuits de préférence); les entremets au lait et aux œufs (crèmes cuites, œufs à la neige, etc; soufflés, gâteaux de riz, etc.); les potages au lait et aux pâtes, les potages aux légumes écrasés; les bouillies à la farine de froment, d'orge; les panades bien passées; les potages au bouillon et aux œufs pochés, le chocolat.

Le lait sera utile comme complément de l'alimentation; les malades en prendront un

litre par jour environ, partie en nature, partie sous forme de potages, de crèmes, etc... Prescrire une plus grande quantité de lait serait nuire à l'alimentation.

Boissons : eau rougie, vieux vin de Bordeaux ou de Bourgogne; bière, alcool à petites doses (ne pas dépasser 50 à 60 grammes par jour); le faire prendre après le repas, on mélangé au lait, à des œufs crus, en grogs.

Interdire les viandes avec sauces, les condiments, les épices (qui conduisent rapidement à la dyspepsie), les pâtisseries lourdes, les sucreries, etc.

Recommander l'emploi du sel dans une large mesure pour les assaisonnements.

(A suivre)

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Cours de thérapeutique. — M. le professeur Landouzy, a commencé le cours de thérapeutique, le mercredi 9 novembre 1898, à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Programme du cours : Médications antihémorragiques. Indications thérapeutiques et médications dans l'arthritisme. Médications analgésique, anesthésique et hypnotique.

Cours de clinique des maladies des voies urinaires (Hôpital Necker). — M. le professeur Guyon a repris ses leçons, le samedi 12 novembre 1898, à 9 heures (Hôpital Necker), et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Lannelongue a commencé son cours de pathologie chirurgicale le lundi 7 novembre 1898, à 3 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au laboratoire de pathologie externe, à l'Ecole pratique.

Cours libres. — Le Dr Kopff a repris ses cours de clinique ophtalmologique et opérations, à l'hôpital Saint-Joseph, n° 1, rue Pierre-Larousse, à 9 h. 1/2, samedi 12 novembre, et les continuera tous les mardis et samedis.

Laryngologie-rhinologie et otologie (*Cours*). — M. Castex, chargé du cours complémentaire, reprendra son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 15 novembre 1898, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

Exercices pratiques : Sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Chaillous et Rabé, anciens internes des hôpitaux. — Examen et traitement des malades, tous les jours de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs.

Les fourmis comme... serres-fines. — Les barbiers grecs de Smyrne, qui sont encore là-bas les vrais chirurgiens populaires, ne manquent pas, d'après *The Entomologist*, d'une certaine originalité dans leurs traitements quotidiens : les fourmis sont couramment utilisées par eux pour faire office de pinces destinées à maintenir les lèvres d'une plaie.

La manière d'opérer ne semble pas des plus simples pour ceux qui n'en auraient pas l'habitude. Le barbier presse sur les lèvres avec les doigts de la main gauche et applique chaque fourmi au moyen d'une pince tenue de la main droite. Les mandibules de la fourmi étant largement écartées, l'animal est en posture défensive, et quand l'insecte est lentement approché de la plaie, il saisit la surface saillante aussitôt qu'elle est à portée, enfonce ses mandibules dans les chairs de part et d'autre de la plaie, et reste dans cette attitude, serrant les mandibules l'une vers l'autre avec vigueur, et tenant, par conséquent, les deux bords accolés l'un à l'autre. Puis le barbier sépare la tête du thorax d'un coup de ciseau, et la tête, avec les mandibules, reste en place, continuant son office, tandis que le thorax et l'abdomen tombent à terre. La même opération est recommencée avec d'autres fourmis jusqu'à ce qu'il y ait une dizaine de paires de mandibules placées à intervalles réguliers et que la peau soit recousue, par ce procédé fort ingénieux, dans toute sa longueur. Elles y demeurent trois jours, après quoi, la réunion s'étant opérée, les têtes sont enlevées, leur office étant désormais inutile.

Et l'antisepsie, qu'en font les barbiers-chirurgiens smyrniotes ? (*Journal d'Hygiène*)

BIBLIOGRAPHIE

Tuberculose rénale, par le Dr Tuffier (*N°* 9 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*, Dr Critzman, directeur, Masson et Cie, éditeurs). — La tuberculose du rein forme un chapitre important de la pathologie rénale ; de nombreux travaux sont venus dans ces derniers temps élucider cette intéressante question.

Dans la présente monographie, le Dr Tuffier s'attache à coordonner les nouvelles données et à créer ainsi, en y ajoutant sa propre expérience, le chapitre complet de la tuberculose du rein.

Le travail débute par un historique rapide de la question : puis vient l'étude des formes anatomo-pathologiques représentées dans le texte par des figures. La description est d'une clarté parfaite, aussi bien en ce qui concerne les lésions rénales mêmes, que celles qui frappent concomitamment ou successivement les organes voisins.

L'étiologie de l'affection est exposée d'une manière précise : mais l'auteur s'est surtout attaché à faire un exposé clinique des symptômes, de la marche, des formes et du diagnostic aussi complet que possible, pour s'arrêter à la question du traitement; il précise les indications opératoires et fait le choix entre la néphrotomie et la néphrectomie, dont il expose le manuel opératoire et les résultats thérapeutiques.

La question de la tuberculose rénale se trouve ainsi mise à jour, et le Dr Tuffier vient d'enrichir la collection Critzman d'une monographie du plus haut intérêt. E. Chevalier.

Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique de la Salpêtrière. 2e série : Névroses et idées fixes, 2e vol. — *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par M. le Dr F. Raymond, professeur de la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, et le Dr Pierre Janet, directeur du Laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière; 1 vol. gr. in-8°, avec 97 figures dans le texte, 14 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.

Cet ouvrage est composé de leçons cliniques faites à la Salpêtrière par M. le professeur F. Raymond. Les auteurs se sont écartés du mode ordinaire d'examen des cliniques : ils ne se sont pas livrés à l'étude approfondie d'un nombre limité de malades en faisant ressortir les caractères typiques qui peuvent servir à l'étude des maladies et de leurs variétés; leurs observations se sont portées sur un grand nombre de sujets comme peuvent les offrir les services de la Salpêtrière, présentant tous des troubles intéressants, mais paraissant au premier abord très variés, et de la comparaison de ces observations ils se sont élevés aux généralisations qui font l'intérêt de ces études.

La méthode d'examen était la suivante : les malades qui semblaient présenter quelque intérêt au point de vue de la psychologie pathologique étaient envoyés au laboratoire de psychologie; là, M. le Dr Janet les examinait, prenait leur observation et faisait sur eux les quelques recherches ou expériences qui pouvaient être utiles. Puis, de concert avec le professeur Raymond, ces malades étaient examinés de nouveau, les observations répétées et présentées ensuite à la leçon clinique avec les réflexions succinctes auxquelles elles donnaient lieu.

Le volume est divisé en deux parties : dans la première sont groupés les chapitres relatifs aux troubles plus précisément *psychiques*, tels que les confusions mentales, les aboulies, les délires cœnesthésiques, les délires émotifs les obsessions et impulsions, les sommeils, le somnambulisme, les fugues; dans la seconde rentre l'étude des troubles *somatiques*, c'est-à-dire de ceux qui se manifestent avec plus de précision à l'extérieur, comme les troubles de la sensibilité, les tremblements, les chorées, les tics, les paralysies, les contractures, les troubles du langage, les spasmes viscéraux, les troubles vaso-moteurs, les troubles trophiques, le kyste parasitaire du cerveau.

Cent cinquante-deux observations se trouvent ainsi résumées; elles complètent les recherches expérimentales exposées par M. P. Janet dans le premier volume d'études qu'il a publié il y a quelques mois et elles montrent l'importance de ces études psychologiques pour l'interprétation et le traitement des maladies nerveuses.

Médecins et psychologues y trouveront des renseignements utiles et instructifs.

Nme Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Expérience sur l'alimentation des jeunes animaux, par les laits du commerce non stérilisés vendus à Paris pendant les chaleurs de l'été. — Il est admis que la plupart des troubles digestifs des nouveau-nés, alimentés avec des laits du commerce (laits de crémerie) et élevés au biberon, sont imputables aux fermentations et aux altérations diverses que ces laits subissent par la contamination de l'air et le séjour dans des vases septiques, puisque nous voyons ces troubles céder devant l'administration méthodique du lait de femme ou, à son défaut, de lait stérilisé.

Nous ignorons toutefois à peu près complètement comment agissent, sur l'organisme de l'enfant, les laits gâtés ou simplement altérés et quelle influence peuvent avoir, sur le siège et la gravité des troubles, la durée et par conséquent l'étendue de l'altération. Cette question est cependant d'une importance capitale pour l'hygiène infantile et si l'on parvenait à la résoudre expérimentalement d'une manière précise, on serait à peu près maître des affections gastro-intestinales d'origine alimentaire en général et particulièrement de celles qui causent la haute morbidité estivale, cette dernière n'étant due qu'à l'élévation de la température ambiante qui précipite l'évolution des fermentations du lait.

Le Dr Laumonier a tenté, dans le laboratoire du Dr Variot, à l'hôpital Trousseau, une expérience sur quatre jeunes chiens de la même portée.

Ces quatre petits chiens ont été nourris par la mère jusqu'au moment de leur entrée en expérience, c'est-à-dire pendant 15 jours ; ils étaient tous alors en fort bon état, quoique de poids assez inégaux.

On les a nourris exclusivement avec du lait ordinaire, *du jour* pour les nos 1 et 2, *de 24 heures* pour le no 3, et *de 48 heures* pour le no 4. Mais il faut remarquer que ce lait comptait sans doute déjà 24 heures de traite au moment où il arrivait au service, de telle sorte que, en définitive, les nos 1 et 2 prenaient un lait âgé déjà de 24 heures ; le no 3 un lait de 48 heures (24 heures de traite + 24 heures de séjour dans le service) et le no 4 un lait de 72 heures (24 heures de traite + 48 heures de séjour dans le service).

Les animaux, placés dans des cages grillagées et bien exposées, étaient dans de bonnes conditions, d'autant plus que l'après-midi, ils pouvaient jouer en liberté. Cependant, les nos 1 et 2 partageaient la même cage et cette circonstance a peut-être influencé la lenteur relative de leur développement ultérieur.

L'expérience a duré 19 jours pleins, du 15 juillet au 2 août inclus ; elle a dû être interrompue parce que les animaux commençaient à réclamer une nourriture solide. D'après ce qui a été rapporté, ils se sont tous bien développés après la cessation de l'expérience ; le no 2 cependant est resté un peu chétif.

OBSERVATIONS. — No 1. — *Mâle. Lait du jour.* Poids initial = 910 gr. Poids final = 1,210 gr. Différence = 300 gr. Etat initial : très bon.

Etat final : assez médiocre. Robe peu brillante, ne joue pas beaucoup, et reste constipé. Ration quotidienne environ un demi-litre de lait. Appétit très faible à la fin et au commencement de l'expérience.

No 2. — *Mâle. Lait du jour.* Poids initial = 850 gr. Poids final = 1,050 gr. Différence = 200 gr. État initial : bon.

Etat final : médiocre. Ne joue pas, n'a pas d'appétit, constipé à la fin, diarrhéique par intermittence au début. Ration quotidienne, un demi-litre environ.

Les nos 1 et 2 ayant été en expérience dans la même cage, il est impossible de dire si l'un de ces animaux mangeait plus que l'autre. Cependant le no 2 paraissait manifester une inappétence plus complète que le no 1. D'ailleurs, après avoir été assez irrégulier, le développement de ces deux sujets s'est poursuivi, à partir du commencement des chaleurs (27-28 juillet), d'une manière à peu près normale.

No 3. — *Femelle. Lait de 24 heures.* Poids initial = 830 gr. Poids final = 1,340 gr. Différence = 510 gr. État initial : bon.

Etat final : très bon. Cette petite chienne est très gaie, elle a un excellent appétit, un pelage très brillant, et n'a jamais présenté de constipation ni de diarrhée. Ration quotidienne : un demi-litre de lait au début, un litre et plus à la fin.

No 4. — *Mâle. Lait de 48 heures.* Poids initial = 740 gr. Poids final = 1,390 gr. Différence = 650 gr. Etat initial : bon.

État final : très bon. Beaucoup d'appétit et de gaieté, cependant le pelage n'est pas très brillant, un peu de diarrhée les 24-25 juillet. Ration quotidienne : un demi-litre de lait au début, un litre et plus à la fin. L'accroissement de ce sujet a été constamment régulier.

Il convient d'ajouter que les variations quotidiennes du poids ont paru influencées par les variations de la température extérieure. En effet, les abaissements thermique du 25 et 26 juillet ont été, chez tous les sujets, accompagnés d'une diminution de poids, tandis que les élévations thermiques des 27, 28, etc., ont amené une augmentation de poids énorme en rapport avec la brusque et notable élévation de la température,

Le tableau suivant qui donne *l'accroissement des sujets par kilogramme de poids vif et par jour*, me paraît résumer les résultats de l'expérience.

N° 1 (lait du jour), 17 gr. 36 ; N° 2 (lait du jour), 12 gr. 38 ; N° 3 (lait de 24 heures), 32 gr. 34 ; N° 4 (lait de 48 heures), 46 gr. 23 ; Chien moyen (Socin), 23 grammes.

Ainsi cette expérience, au point de vue spécial poursuivi actuellement, est absolument négative puisque les petits chiens (nos 3 et 4), alimentés avec des laits altérés et même putrides, ont profité mieux, se sont développés plus régulièrement que les témoins nourris avec du lait frais ou tout au moins réputé frais.

Cette expérience n'en est pas moins intéressante, car elle prouve que :

1° On ne saurait conclure des animaux à l'homme sans pécher contre les règles les plus élémentaires de la méthode en physiologie. L'organisme animal en effet diffère, par son évolution, son hérédité (au sens où le prend M. Y. Delage), ses aptitudes adaptatives, de l'organisme humain. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le même réactif ne donne pas, avec les deux des réactions absolument identiques, d'autant que le réactif et l'organisme qui réagit sont ici des combinaisons très complexes et extrêmement sensibles.

2° Le carnassier (et le jeune chien est, par tous ses caractères zoologiques et physiologiques, un carnassier *vrai*) offre une très grande résistance aux intoxications d'origine alimentaire, sans doute en raison de son hyperacidité gastrique (l'acidité totale des chiens et surtout des chats est plus élevée que celle de l'homme), qui met obstacle à l'évolution des microorganismes, innombrables dans le lait altéré. Ewald et Boas pensent même que cette hyperacidité peut, dans certains cas, favoriser la digestion stomacale de la caséine *déjà coagulée* du lait à l'état de fromage. La saison pendant laquelle cette première expérience a été faite est éminemment favorable aux altérations et aux fermentations du lait.

(*Journal de Clin. et de Ther. infantiles*).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la Blennorrhagie chronique

Par le Dr Jules JANET

Ancien interne des hôpitaux, Chef du Laboratoire de la Clinique des Voies urinaires, à Necker.

Le terme de blennorrhagie chronique ne s'applique pas à une affection nettement définie et toujours identique. On réunit sous ce nom un grand nombre de maladies très diverses, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue anatomo-pathologique, qui n'ont de commun que l'écoulement urétral sous ses diverses formes, se prolongeant pendant longtemps, sans grands symptômes d'acuité, et en général rebelle au traitement.

C'est ainsi qu'on a été conduit à admettre des urétrites chroniques d'emblée, ce qui est étymologiquement inexact, vu que le mot chronique implique une longue durée qui n'existe pas encore au début de l'affection.

Il est donc indispensable, pour exposer les règles de traitement d'affections aussi disparates, de les classer en quelques grands groupes d'après leur étiologie.

Nous les diviserons ainsi :

1° Les urétrites précédant toute invasion gonococcique, infectieuses ou non infectieuses, ayant tendance à se prolonger pendant un temps très long;

2° Les urétrites succédant à l'invasion gonococcique, soit avec persistance de l'infection gonococcique, soit après disparition de celle-ci, et, dans ce dernier cas, infectieuses ou non infectieuses ;

3° Les urétrites chroniques dues à des maladies des parties plus élevées de l'appareil urinaire : vessie, urétères ou reins.

Quelques détails sont nécessaires pour interpréter cette classification ; nous les exposerons à l'occasion de chacune de ces catégories en les faisant suivre du traitement qui nous semble actuellement le plus favorable pour chaque cas pris en particulier :

1° *Urétrites précédant toute invasion gonococcique*, infectieuse ou non infectieuse ayant tendance à se prolonger pendant un temps très long (*urétrite chronique d'emblée*).

Cette variété d'urétrite chronique n'est pas très fréquente ; les urétrites dites simples infectieuses ou purement irritatives, guérissent en général assez vite et ne méritent pas de rentrer dans cette catégorie, qui implique une certaine chronicité, mais il n'en est pas toujours ainsi, et, de temps en temps, nous rencontrons de ces urétrites qui s'éternisent au point de mériter réellement le titre de chroniques.

C'est de ces dernières seulement que nous avons à nous occuper. Nous les avons déjà divisées en infectieuses et non infectieuses suivant leur étiologie. Il est bien entendu que celles que nous qualifions de non infectieuses ne le sont que provisoirement ; dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'y trouvons pas de microbes, sans pouvoir affirmer leur nature aseptique.

Ces urétrites chroniques d'emblée non infectieuses se rencontrent chez des sujets prédisposés par leur tempérament arthritique ou strumeux ; elles s'établissent à l'occasion de traumatismes divers parmi lesquels il faut citer les excès de coït ou de masturbation, les érections prolongées non suivies de résultat, les coïts interrompus, l'abus de la bicy-

clette ou, d'autre part, des excès alimentaires, l'abus de la bière ou d'autres boissons fermentées.

Les urétrites chroniques d'emblée infectieuses sont dues à des microbes qui n'ont rien de commun avec le gonocoque ; elles sont en général attribuables à des rapports sexuels, mais pourraient tenir à d'autres causes, telle que l'introduction dans l'urètre d'instruments septiques, soit dans un but chirurgical, soit dans un but de masturbation, ou même simplement à la propagation dans l'urètre des microbes contenus dans un sac prépu-tial malpropre. Ces urétrites doivent leur chronicité à la pénétration profonde des microbes dans l'épaisseur des couches épithéliales et dans les culs-de-sac des glandes de l'urètre ou de la prostate.

2° *Urétrites chroniques succédant à l'invasion gonococcique*, soit avec persistance de l'infection gonococcique, soit après disparition de celle-ci et, dans ce dernier cas, *infectieuses* ou *non infectieuses*.

Ce sont de beaucoup les plus communes ; elles sont dues soit à une culture prolongée du gonocoque dans l'urètre, soit à l'intensité des phénomènes phlegmoneux pendant la période d'acuité de la chaude-pisse, soit enfin à des traitements mal dirigés. Le tempé-rament du malade a, dans cette catégorie, la même influence que dans les précédentes.

Elles sont entretenues par la présence actuelle des gonocoques isolés ou associés à des infections diverses, par ces infections diverses succédant à l'invasion gonococcique, par les lésions anatomiques produites par ces deux sortes d'agents, quelquefois par les traitements qu'on leur a opposés et enfin par le contact irritant de l'urine avec un urètre dont l'épithélium a été modifié par ces infections et ces traitements.

3° *Urétrites chroniques dues à des maladies des parties plus élevées de l'appareil urinaire* : vessie, urétères, reins.

Ces urétrites, moins fréquentes que les précédentes, sont dues au passage à travers l'urètre des produits morbides venant de la vessie, des urétères ou des reins. Les cystites, les urétrites et les pyélonéphrites donnent lieu à des sécrétions purulentes et infectieuses qui peuvent être très irritantes pour l'urètre, et y déterminer les symptômes de l'urétrite chronique. Bien souvent, c'est cet écoulement urétral qui nous met sur la voie de lésions plus élevées de l'appareil urinaire. Il est évident que, dans ce cas, le traitement doit porter sur les organes qui le provoquent et non sur l'urètre lui-même, à moins qu'il ne participe aux affections qui les atteignent, ce qui nous ramènerait à la catégorie précédente.

Au point de vue anatomo-pathologique, les urétrites chroniques doivent être classées en *superficielles* et *profondes*, sans que cette distinction soit pratiquement très facile.

Les urétrites chroniques *superficielles* sont celles qui n'intéressent, par leurs modifi-cations anatomiques et leurs infections, que l'épithélium, la surface interne des lacunes et les orifices glandulaires. Elles peuvent être localisées à l'urètre antérieur en totalité ou par places, ou, au contraire, intéresser tout l'urètre jusqu'au col vésical.

Les urétrites chroniques *profondes* sont caractérisées par la participation des couches plus profondes de la muqueuse aux lésions anatomiques et aux infections qui les provoquent ou les accompagnent. Elles sont, comme les précédentes, *localisées* à l'urètre antérieur en totalité ou en partie, ou, au contraire, *totales*. Elles sont caractérisées par des infiltrats embryonnaires sous-muqueux et périglandulaires, par des infections de la muqueuse, de la sous-muqueuse et des glandes de l'urètre antérieur et de la prostate, par des modifications importantes de ces glandes, qui se dilatent et peuvent devenir kystiques, enfin par des néoformations anatomiques, telles que les tissus scléreux des rétré-cissements et les prolifération polypeuses.

Procédés thérapeutiques applicables au traitement des différentes variétés d'urétrites chroniques.

Comme chacun de ces procédés est applicable à plusieurs variétés d'urétrites chroniques, il nous semble préférable, pour éviter les redites, de les exposer tout d'abord en indiquant ensuite dans quels cas ils sont utilisables.

Les procédés thérapeutiques de l'urétrite chronique sont : les injections, les lavages, les instillations, les pommades urétrales, les suppositoires urétraux, la dilatation et le traitement endoscopique.

Les injections urétrales pratiquées par le malade lui-même ont le grand avantage de ne pas nécessiter le concours actif du médecin : c'est ce qui a fait leur succès. Il est vrai de dire qu'elles ne présentent pas, dans les urétrites chroniques, les graves inconvénients qui me les ont fait refuser pour le traitement des urétrites aiguës. Je persiste à les répudier dans les urétrites chroniques à gonocoques et à infections diverses, mais je les admets volontiers pour les urétrites chroniques dans lesquels l'élément infectieux a cédé le pas aux modifications anatomiques qu'il a provoquées, et dans les formes d'emblée non infectieuses attribuables à l'herpès, à la composition anormale de l'urine, ou à l'irritabilité particulière de la muqueuse urétrale chez des sujets arthritiques et eczémateux.

Je persiste à ne les admettre que pour le traitement de l'urétrite antérieure, et je me refuse, contrairement à l'opinion du Dr Guiard, à les accepter pour le traitement des urétrites totales, car je considère que la propulsion d'une injection dans l'urètre postérieur, malgré la résistance du sphincter membraneux, n'est pas toujours facile entre nos mains, et, à plus forte raison, entre les mains inexpérimentées des malades. Son moindre inconvénient est d'exposer nos patients au forcement de l'élasticité urétrale et de la tonicité du sphincter membraneux, que les auteurs allemands ont déjà objecté aux lavages par le siphon, qui n'utilisent pourtant qu'une force bien inférieure et beaucoup moins aveugle.

Renonçant à faire une énumération complète de toutes les injections préconisées pour le traitement de l'urétrite chronique, je renverrai à cet égard aux formulaires qui en sont surchargés. J'avoue qu'il me serait difficile d'établir un choix parmi ces formules, car je n'en fais pas un grand usage.

Les lavages se pratiquent de la même façon que les lavages de permanganate de potasse que nous avons déjà décrits, avec cette différence que je les emploie presque toujours complets. Ces lavages de la totalité de l'urètre, étant absolument sans inconvénient, sont applicables à presque tous les cas d'urétrites chroniques et plus logiques que les lavages antérieurs, même dans les cas où le processus morbide semble limité à la partie antérieure de l'urètre.

Ces lavages se font avec le sublimé (1/20000 à 1/10000), le nitrate d'argent (1/4000 à 1/5000), l'itrol (1/8000 à 1/4000), le protargol (1/1000 à 1/500), le sulfate de zinc ou le sulfophénate de zinc, le chlorure de zinc (1/1000 à 1/300), l'ichthyol (1/1000 à 1/300); enfin l'eau boriquée à 4/100.

Les instillations urétrales sont également trop connues pour mériter une description spéciale. On les fait avec le nitrate d'argent (de 0 gr. 50 à 5 gr./100), le sulfate de cuivre (de 2 à 10/100), le protargol (de 0 gr. 25 à 3 gr./100). Elles sont utilisées soit pour l'urètre antérieur, soit pour l'urètre postérieur, soit pour la vessie.

Les pommades urétrales et les suppositoires urétraux méritent de nous arrêter plus longtemps, car ces procédés sont encore peu répandus.

Les pommades urétrales sont employées en injections d'après la méthode de Tommasoli, ou appliquées à la surface de sondes appropriées d'après les procédés préconisés par Unna et Casper.

Tommasoli injecte dans l'urètre la pommade à l'aide d'une sonde métallique courbe, analogue à l'instillateur d'Ultzmann, armée d'un mandrin qui agit comme piston et évacue la pommade à l'endroit désiré.

Les pommades utilisées par lui sont les suivantes :

Créoline, nitrate d'argent, sulfate de cuivre.....	1 gramme à 5 grammes
Lanoline.....	95 grammes
Huile d'olives.....	5 —

Finger, qui a adopté ces formules, propose une autre pommade, dont la composition est la suivante :

Iodure de potassium.....	5 grammes
Iode métalloïdique.....	1 gramme
Lanoline.....	95 grammes
Huile d'olives.....	5 —

Quant aux pommades que l'on applique à la surface de sondes plus ou moins appropriées, elles sont employées de façons différentes.

La méthode la plus simple consiste à garnir les sondes ordinaires : sondes Nélaton, sondes de gomme, ou béniqués, avec une pommade médicamenteuse; ce procédé est assez défectueux, car la plus grande partie de la pommade est refoulée par le méat et ne pénètre pas dans l'urètre. Néanmoins, je me suis souvent trouvé bien, chez certains malades à urètre très sensible qui doivent se sonder fréquemment, de remplacer les graisses ou huiles, qui servent d'ordinaire à graisser les sondes, par la pommade suivante :

Lanoline.....	20 grammes
Huile de vaseline.....	10 —
Borate de soude.....	0 gr. 60

Pour remédier à l'inconvénient que je viens de rappeler, Unna se sert d'une pommade solide à la température ordinaire dont il recouvre un béniqué ordinaire et qui fond à la température du corps.

Voici la composition de cette pommade :

Poudre de racine de curcuma.....	5 grammes
Baume du Pérou.....	2 —
Cire jaune.....	5 —
Beurre de cacao.....	100 —
Nitrate d'argent.....	1 gramme

Préparer d'abord la masse, la faire digérer au bain-marie pendant deux heures et passer. Incorporer ensuite le nitrate d'argent à 1 0/0.

Pour utiliser cette préparation, on la fait liquéfier dans l'eau chaude, on y trempe le béniqué, on le retire et on laisse la pommade se solidifier à sa surface. Casper, au contraire, adopte une pommade plus fluide.

Lanoline.....	17 gr. 50
Huile d'olive.....	7 gr. 50
Nitrate d'argent.....	0 gr. 25 à 0 gr. 50

Il en garnit, à l'aide d'une spatule, les cannelures de sondes métalliques spéciales; ces cannelures permettent à la pommade de pénétrer profondément dans l'urètre. J'ai adopté cette méthode, en remplaçant l'huile d'olive par la glycérine et en modifiant légèrement la forme des sondes. J'ai fait construire à M. Gentile une sonde cannelée droite pour l'urètre antérieur, une sonde cannelée légèrement courbée du bout pour atteindre plus sûrement toute la surface du bulbe, en s'engageant un peu dans la portion membraneuse, enfin une sonde cannelée à forme de béniqué pour tout l'urètre. La première de ces sondes peut être aisément laissée entre les mains des malades. (*A suivre*).

Traitement des Crevasses du Mamelon par l'Orthoforme (1)

par le Dr Ch. Maygrier

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Accoucheur de la Charité,

et le Dr R. Blondel

Chef de Laboratoire de la Maternité de la Charité.

Il existe peu d'affections contre lesquelles il ait été proposé autant de remèdes de toute sorte que contre les crevasses du sein : cette richesse apparente est ici, comme toujours, la preuve de notre indigence en médication réellement efficace. Il nous paraît inutile, d'autre part, de faire remarquer combien il serait regrettable de mépriser cette petite lésion qui, si elle est passagère et en général bénigne, n'en est pas moins des plus douloureuses et constitue la porte d'entrée ordinaire pour l'infection de la glande mammaire, infection dont nous n'avons pas à faire ressortir les inconvénients sérieux pour la mère et les dangers pour l'enfant. Que ce soit par la douleur amenant la répugnance insurmontable de la nourrice pour la prise du sein par le nourrisson, que ce soit par l'infection de la glande, c'est, de toutes façons, l'allaitement maternel compromis, résultat que nous devons chercher à éviter par tous les moyens.

Pansement antiseptique, pansement humide, pansement sec, pansement astringent, vernis cicatrisants, anesthésiques locaux, tout a été essayé, avec des résultats variables : teinture de benjoin, tannin, collodion, alcool, permanganate de potasse, cocaïne, etc., rien ne s'est montré définitivement et constamment efficace. Ajoutons, d'ailleurs, que rien n'est variable comme les conditions dans lesquelles le traitement est habituellement entrepris, les crevasses étant plus ou moins nombreuses, plus ou moins profondes, plus ou moins infectées dans chaque cas mis en traitement.

Dans la pratique, jusqu'ici, c'est le pansement à l'alcool, tel que l'emploie M. Budin, qui nous a donné les meilleurs résultats : mais les phénomènes douloureux n'en subsistaient pas moins, et nous avons vu qu'ils ont une réelle importance. La cocaïne, préconisée par A. Herrgott (2), à ce point de vue spécial, n'a pas donné tout ce qu'on en attendait ; même en recommandant de laver le mamelon cocaïné avant de le présenter à l'enfant elle n'en reste pas moins un poison dangereux pour celui-ci, mis, par conséquent, à la merci d'une négligence. De plus, elle n'est pas sans action sur la physiologie de la sécrétion lactée. Plusieurs praticiens, dont Guénel, de Nantes (3), qui a publié une observation instructive à ce sujet, ont constaté que l'emploi de la cocaïne diminuait et même arrêtait complètement cette sécrétion. L'un de nous l'a employée deux fois en ville, systématiquement, pour supprimer l'allaitement à l'époque choisie pour le sevrage, et avec succès. Ce résultat n'est pas très surprenant si l'on songe au rôle que joue l'excitation des papilles du mamelon dans le travail de la glande : supprimer son excitabilité par un anesthésique, c'est, il semble, fermer la porte au réflexe trophique essentiel.

C'est dans ces conditions que nous avons songé à essayer l'emploi de l'orthoforme, qui a déjà fait ses preuves comme anesthésique local pour les excoriations cutanées ou muqueuses entre les mains de Klaussner, Hirschbruch, Ginestous, Kallemberger, Neumayer, Yonge, etc.

(1) Communication faite à la *Société obstétricale et gynécologique*, le 10 novembre 1898.

(2) A. Herrgott, *Annales de Gyn.*, fév. 1885, t. XXIII, p. 81.

(3) Guénel, *Société médicale de Nantes*, 23 janvier 1893.

Sans nous attarder sur l'histoire chimique de l'orthoforme, qui a été faite par tous les auteurs précités, nous rappellerons que c'est l'éther méthylique de l'acide para-amido-méta-oxy-benzoïque, produit synthétique appartenant à la même famille chimique que la cocaïne, l'ecgonine et les diverses cocaïnes décrites depuis quelque temps. Einhorn et Heinz (1), qui l'ont découvert, ont cherché, par des substitutions de groupes moléculaires nouveaux dans la formule de constitution de la cocaïne, à conserver et même à exalter son pouvoir anesthésique, en diminuant son pouvoir toxique. L'orthoforme est une poudre cristalline, d'un blanc jaunâtre, insipide et inodore, faiblement et lentement soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et surtout l'éther. Sa toxicité est nulle. Einhorn a pu appliquer en une semaine 50 grammes d'orthoforme sur un large ulcère de la jambe sans provoquer aucun phénomène d'intoxication. Plus récemment Soulier et Guinard (2), de Lyon, ont étudié d'une façon plus précise la toxicité de l'orthoforme et l'ont trouvée égale à 1 gramme par kilogr. du poids du corps, chez le chien, pour l'administration par la voie stomacale, à 0 gr. 02 par kilogr. chez le lapin, pour la voie intra-veineuse. Son action générale se rapprocherait de celle des antipyrétiques analgésiques.

L'orthoforme a été présenté par son inventeur comme doué de propriétés antiseptiques. Lichtwiz et Sabrazès (3) l'ont expérimenté à ce point de vue et lui ont trouvé un pouvoir antiseptique moyen. Il est capable de ralentir le développement en culture du staphylocoque doré et d'arrêter assez rapidement son réensemencement en séries. S'il n'est pas assez puissant pour arrêter à lui seul un processus infectieux commencé avant son emploi, du moins peut-on, sans danger d'infection, l'appliquer directement sur les plaies sans qu'il soit besoin de le stériliser. Dans trois de nos observations, nous avons eu à noter toutefois l'apparition d'une légère infection du sein, au cours de l'emploi de l'orthoforme. Dans l'une d'elles, tout se borna à un peu de rougeur du mamelon, avec élévation de la température de quelques dixièmes de degré; l'orthoforme fut maintenu et, le lendemain, tout était rentré dans l'ordre. Chez les deux autres malades, une véritable lymphangite, légère d'ailleurs, se produisit, imputable, il est vrai, à un défaut d'asepsie dans le mode de pansement. L'orthoforme fut suspendu et remplacé par un pansement humide : tout s'apaisa en deux ou trois jours. Retenons simplement de ceci que l'orthoforme n'est que modérément antiseptique et qu'on fera bien, dans son emploi, de ne pas se départir des précautions d'asepsie habituelles. Peut-il, par lui-même, être le véhicule de germes et apporter avec lui l'infection? En un mot, est-il besoin de le soumettre à une désinfection avant son emploi? Nous ne le croyons pas. Outre que, dans les trois observations mentionnées plus haut, les fautes dans le pansement furent évidentes, nous avons, comme contrôle, ensemencé sur les milieux ordinaires de culture (bouillon, agar, gélatine), une pincée d'orthoforme prise à la surface d'une boîte ouverte depuis plusieurs jours et servant couramment aux pansements dans une des salles du service. Ces ensemencements, au bout de huit jours d'un séjour à l'étuve de Roux, à 38°, sont demeurés constamment stériles.

Le point le plus intéressant de l'histoire de l'orthoforme, c'est son action analgésique locale. Elle est très énergique, puisque les brûlures les plus profondes deviennent presque immédiatement indolores à son contact et que l'un de nous (4) a pu pratiquer le curettage sans anesthésie générale après son emploi, sans douleurs trop marquées. Bernoud et Garel (5),

(1) Einhorn et Heinz. *Münchn. med. Woch*, 1897, n° 34, in *Bulletin médical*, 1897, n° 94.
(2) Soulier et Guinard. *Soc. nat. de méd. de Lyon*, séance du 25 juillet 1898.
(3) Lichtwiz et Sabrazès. *Bulletin médical*, 1897, n° 94.
(4) Blondel. *Acad. de Médecine*, 20 mai 1898. *Revue de Thérapeutique*. 15 mai 1898.
(5) Bernoud et Garel. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 23 mars 1898.

l'ont utilisé avec succès, à Lyon, pour remédier à la dysphagie causée par des ulcérations tuberculeuses ou des plaies opératoires du pharynx. Yonge (1) a calmé, par son emploi, les douleurs cuisantes de plaies à vif. Enfin, l'un de nous s'en est servi avec avantage comme topique sur des vésicules d'herpès excoriées et même sur les vésicules du zona intercostal où il a amené un soulagement véritablement remarquable.

Cette action est beaucoup plus durable que celle de la cocaïne et, dans toutes les observations publiées, la prolongation de l'analgésie locale se compte, non plus par minutes, mais par heures. Sa moyenne est de douze heures, mais elle a atteint souvent vingt-quatre heures et même, exceptionnellement, quarante-huit heures (Einhorn).

Mais cette action ne s'exerce pas sur l'épithélium intact, comme le fait la cocaïne : déposé sur la langue, l'orthoforme n'y produit pas la sensation d'engourdissement particulière à celle-ci. Noguès (2) a échoué quand il a voulu l'employer comme analgésique de la vessie et de l'urètre. Il faut que le derme soit mis à nu et que le topique entre en contact immédiat avec les terminaisons nerveuses. Son indication essentielle est donc l'existence d'une plaie ou d'une excoriation, même légère ; dans ces conditions, il produit une suppression absolue de la sensibilité, qui s'étend assez loin en profondeur.

Il importe en outre que le contact avec la plaie soit continu, tant qu'on veut obtenir l'analgésie : si le topique est enlevé, ne fut-ce que par une exsudation ou une sécrétion locale, l'analgésie disparaît. Il semble que ce soit sa lente solubilité dans les liquides de l'économie qui soit la cause de la durée de ses effets, comme si les doses graduellement dissoutes n'entraient en action que successivement.

La poudre d'orthoforme elle-même ne va pas sans produire une très légère cuisson, de très courte durée, au moment où on l'applique.

Nous avons, depuis six mois, employé l'orthoforme dans le service d'accouchement de la Charité chez 40 malades pour le traitement des crevasses du sein. Toutes, sans exception, ont éprouvé, avec son emploi, un soulagement plus ou moins marqué.

Nous avons essayé trois modes d'application de l'orthoforme : *la poudre avec pansement humide, la poudre avec pansement sec, la solution alcoolique saturée.*

Le pansement humide a été employé dans 29 cas, dont les observations figurent dans la thèse (3) de M. Teisseire, externe du service, qui les a prises sur nos indications. Ce pansement a consisté simplement dans l'application directe de la poudre sur la crevasse, jusqu'à ce que celle-ci disparût sous le topique. Des compresses de gaze stérilisée, imbibées légèrement d'eau stérilisée ou d'eau boriquée, puis exprimées avec soin, étaient ensuite appliquées sur tout le sein et recouvertes à leur tour d'un carré de taffetas gommé. Pour la tétée, le pansement était retiré, le sein essuyé avec une compresse stérilisée ; le tout était remis en place tel quel, aussitôt la tétée terminée.

Le pansement *sec* ne diffère du précédent que par l'emploi de compresses stérilisées appliquées à sec.

Le pansement à l'aide de la solution *alcoolique* a consisté dans l'application de quelques gouttes de la solution saturée d'orthoforme, dans l'alcool à 80°, sur la crevasse, suivie de l'application d'une compresse sèche.

Le pansement sec a été employé dans 6 cas, le pansement alcoolisé dans 5. Enfin deux malades, atteintes de crevasses aux deux seins, ont reçu de l'orthoforme en poudre sur l'un, et IV gouttes de la solution alcoolique sur l'autre.

(1) Yonge. *British med. Journal*, 1897, p. 362.

(2) Noguès. *Ann. des Mal. des Org. gén. urinaires*, avril 1898.

(3) L. Teisseire. *Traitement des Gerçures et Crevasses du Sein par l'Orthoforme*. Thèse, Paris, 1898.

Voici les conclusions auxquelles nous ont conduit le dépouillement de ces 40 observations :

L'application de la poudre est toujours suivie d'une légère cuisson, assez vive chez l'une des femmes (n° 12). Cette douleur s'atténue bientôt et disparaît au bout d'une ou deux minutes, de 5 minutes dans trois cas. Au fur et à mesure que les pansements se répétèrent, la douleur devenait de plus en plus insignifiante. Il est vrai que la cicatrisation, comme nous le verrons plus loin, allait chaque jour en progressant.

Le contact de la solution alcoolique produisait une douleur semblable, pas plus forte, comme l'affirmaient les malades soumises au traitement mixte (poudre sur l'un des seins, solution alcoolique sur l'autre).

Chez toutes les malades, l'analgésie complète du sein *au repos* se produisait aussitôt après la disparition de cette légère cuisson.

La sensibilité *à la tétée* a été chez toutes considérablement diminuée, chez la plupart à peu près abolie. Une légère douleur a persisté le premier et le second jour avec les premiers mouvements de succion. Encore importe-t-il de distinguer à ce point de vue, les cas où le sein a été donné aussitôt après l'application de l'orthoforme et ceux où il a été donné une heure ou deux heures plus tard. Dans ce dernier cas, l'analgésie était à peu près absolue dès le début, complète dès le second jour. La tétée pratiquée une minute après le pansement, c'est-à-dire dès que la cuisson a disparu, reste douloureuse quand on s'est servi de la poudre, beaucoup plus faible ou même nulle, quand on s'est servi de la solution alcoolique. Chez les malades soumises au pansement humide, il fallut attendre en moyenne un quart d'heure pour donner le sein avec la presque certitude d'obtenir l'analgésie. Avec le pansement sec, cette durée est plus variable et peut atteindre deux heures.

En somme, au point de vue de la rapidité d'action, il faut placer en première ligne la solution alcoolique, puis la poudre avec pansement humide, en troisième lieu la poudre avec pansement sec.

Après la tétée, l'analgésie persiste pendant un temps variable, atteignant en moyenne cinq à six heures. Presque toujours, la tétée suivante demeure indolore sans nouvelle application d'orthoforme. Il est prudent d'en remettre aussitôt après cette seconde tétée si l'on veut être sûr d'obtenir l'analgésie pour la troisième.

A cet égard, on rencontre de véritables difficultés à obtenir des malades des réponses précises et invariables. Cependant, ce qui n'est pas douteux, c'est que lorsqu'on cesse de les interroger et qu'elles abandonnent le rôle important qu'elles croient devoir jouer quand on leur demande leur opinion, elles s'empressent de redemander d'elles-mêmes de l'orthoforme et déclarent aussitôt qu'il n'y a pas de comparaison au point de vue de la sensibilité entre une tétée donnée avec ou sans lui. Une seule malade a déclaré n'avoir été qu'une seule fois soulagée par l'application de l'orthoforme (la seconde) et n'en avoir plus retiré ensuite aucun bénéfice. Il est bien difficile de tirer une conclusion de ce fait isolé.

Un point que nous signalerons en terminant, c'est l'action cicatrisante que l'orthoforme paraît avoir exercé sur les crevasses : celles-ci se sont fermées avec une rapidité, en général, plus grande qu'avec tout autre pansement. Bien qu'il soit difficile d'établir des comparaisons entre des plaies d'étendue et de profondeur très inégales, nous avons noté le chiffre de quatre jours (4,20) comme la moyenne de la durée de la cicatrisation, sans que jamais les tétées aient été supprimées; alors, qu'avec les autres traitements, y compris la suppression des tétées, la cicatrisation demande, en général, de 10 à 12 jours.

En résumé, l'orthoforme nous paraît devoir être appelé à rendre de réels services dans le traitement des crevasses du mamelon, quelle que soit leur étendue.

A part une courte cuisson au premier contact, son application, faite dans des conditions normales d'asepsie, c'est-à-dire avec lavages fréquents du sein et mise à l'abri des contages extérieurs, ne nous a paru donner lieu à aucun inconvénient.

L'analgésie apparaît de 1 à 15 minutes après l'application du médicament. La sensibilité du sein à la succion s'établit ordinairement au bout d'un quart d'heure, rarement une heure ou même deux. Elle dure pendant l'intervalle de deux tétées et pendant la tétée suivante. La cicatrisation de la crevasse est certainement hâtée par son emploi.

Le mode d'application paraît importer peu, qu'il s'agisse de la poudre avec pansement sec ou humide, ou de la solution alcoolique saturée (IV gouttes). Cependant, cette dernière paraît provoquer une cuisson plus courte et réaliser l'analgésie plus rapidement. Outre qu'elle permet d'obtenir un contact plus sûr avec toutes les anfractuosités de la crevasse, elle ajoute aux avantages de l'orthoforme, ceux du pansement alcoolique, qui a, dès longtemps, fait ses preuves. C'est donc à la solution alcoolique que nous donnons la préférence.

L'Ecrasement et l'Hémostase (1)

Par le Dr E. Doyen

Le procédé d'écrasement, dont j'ai communiqué les résultats, en août 1897, au Congrès international de Moscou, présente, pour ce qui concerne l'hémostase, une grande analogie avec la méthode de Chassaignac.

Mes pinces à grande multiplication, qui écrasent les tissus sur une surface d'une certaine étendue, tandis que l'écraseur linéaire de Chassaignac n'agissait qu'en un point très limité, réalisent l'hémostase d'une manière presque identique.

La méthode de Chassaignac étant actuellement tombée dans l'oubli, il ne sera pas sans intérêt, pour beaucoup de jeunes collègues, de savoir comment et à la suite de quelles recherches je me suis trouvé conduit à réhabiliter l'écrasement en l'adaptant, par la création de nouveaux instruments, aux progrès de la chirurgie.

Chassaignac présenta son premier modèle d'écraseur linéaire à la Société de Chirurgie, le 28 août 1850. Il décrivit alors sa méthode sous le nom de « ligature métallique articulée ». Il avait, en effet, remplacé le fil métallique du serre-nœud, qu'il trouvait insuffisant, par une chaîne mousse. Cette chaîne s'enroulait sur un treuil à cliquet. Chassaignac présenta le modèle définitif de son écraseur à la Société de Chirurgie, le 20 septembre 1854. Cet instrument possédait un levier à bascule, qui entraînait la chaîne par un mouvement alternatif de va-et-vient.

Le mémoire publié par Chassaignac, en 1855, sur sa méthode, porte le titre : « De l'écrasement linéaire. »

L'écraseur fut adopté par presque tous les chirurgiens, et le terme d'écrasement prévalut en France, comme à l'étranger, sur toutes les autres dénominations et sur certains néologismes, tels que ceux de « Sarcotripsie » et d' « Histotripsie ».

J'ai manié l'écraseur dans mes premières années d'études médicales : j'ai admiré la puissance et le mécanisme de l'instrument de Chassaignac.

La main agit sur la chaîne par l'intermédiaire d'un levier puissant, et la constriction du pédicule augmente à mesure que l'anneau se rétrécit.

Les tuniques moyenne et interne des artères, le tissu musculaire lisse et strié, le tissu adipeux, le tissu nerveux cèdent rapidement. Les muqueuses se laissent très bien sectionner. La peau résiste longtemps : la section est mâchée, dentelée ; la réunion immédiate devient impossible. Les partisans de l'écrasement linéaire conseillaient de la couper

(1) Extrait d'un travail inédit.

au bistouri avant d'appliquer la chaîne. Les tendons et les aponévroses ne sont bien sectionnés que par une chaîne biseautée.

Pour ce qui concerne l'hémostase, l'écraseur de Chassaignac donnait des résultats assez satisfaisants, lorsqu'il s'agissait d'artères d'un certain calibre. Mais son action n'était pas constante, et les chirurgiens qui l'ont beaucoup employé ont tous constaté, dans les cas même où ils n'observaient pas d'hémorragies secondaires redoutables, un suintement capillaire très appréciable. Chassaignac a signalé, en 1855, une hémorragie grave survenue après sa première amputation de la langue : il n'avait fait avancer la chaîne que d'un cran toutes les deux heures et l'opération avait duré 24 heures (A. Boursier, *Dict. enc. des Sc. méd.*, p. 466). Beaucoup d'autres chirurgiens furent obligés, soit de pratiquer la ligature en masse du moignon, soit de lier séparément des artères qui donnaient beaucoup de sang.

Les artères d'un certain calibre ne s'oblitèrent bien que si le vaisseau est sain et entouré d'une gaine cellulo-fibreuse, susceptible de s'étirer et de s'effiler en s'agglutinant, avant de se rompre.

L'écraseur linéaire est inférieur au serre-nœud pour l'hémostase des vaisseaux de très petit calibre : pour les grosses artères, il se montre moins efficace que la torsion, qui retrousse les tuniques moyenne et interne sur une plus grande longueur.

L'anse galvanique elle-même, serrée lentement et au rouge sombre, ne possède pas un pouvoir hémostatique absolu et ne sectionne à sec que les pédicules qui ne renferment pas d'artères volumineuses.

Aussi les chirurgiens qui pratiquèrent les premiers l'ovariotomie, et qui ne possédaient, pour les ligatures, que des fils non stérilisés, se trouvèrent-ils dans l'alternative, ou de tenter la réduction du pédicule après la simple action du cautère actuel (cautérisation en surface et ignipuncture dans le calibre des vaisseaux), ou de le laisser au dehors, enserré dans une anse métallique. L'élimination se faisait en 2 à 3 semaines : la plaie se fermait par réunion secondaire.

Le traitement extérieur du pédicule fut longtemps appliqué à l'extirpation abdominale de l'utérus : le moignon cervical, traversé de deux broches d'acier, était étranglé par l'anse métallique d'un serre-nœud que l'on arrêtait par quelques tours de torsion. Bientôt, on plaça, dans le sillon tracé par le serre-nœud ou l'écraseur, une ligature élastique. J'ai fait construire, en 1889, pour remplacer la constriction du pédicule par ces instruments, un clamp formé de deux croissants articulés et qui se rapprochaient sous l'action d'une vis de rappel ; je plaçais au-dessous de ce clamp, dans le sillon qu'il produisait, une forte ligature de soie.

Le point capital en chirurgie abdominale était, en effet, de ne pas s'exposer à une hémorragie interne ; et ni l'écraseur, ni le serre-nœud, ni l'anse galvanique ne donnaient au chirurgien la certitude d'une hémostase parfaite.

Les clamps qui furent successivement employés étaient des instruments très imparfaits et d'une puissance insuffisante, qui se trouvaient presque calqués sur les pinces de Paré et de Dionis, ou plutôt encore, sur la pince à crémaillère de Hildan (V. *Techn. chir.*, pl. XVIII et XIX). Les premières pinces hémostatiques de Spencer Wells, de Kœberlé, de Péan n'étaient guère supérieures aux anciennes pinces à verrou qu'employait Maisonneuve.

Le modèle dit pince de Péan, et qui n'était qu'une réduction de la pince à pansement et à arrêt de Charrière, se montrait le plus défectueux, car les mors se croisaient lorsque l'on serrait avec force des tissus d'une certaine épaisseur.

Les modèles de pinces si variés, qui furent construits à cette époque, présentaient tous un triple inconvénient : les mors étaient trop faibles, les branches trop élastiques, et la

multiplication insuffisante (1, 1 1/2, 2, 3, 3 1/2). La constriction des mors étant limitée par l'élasticité des branches, ces pinces n'étaient que des instruments de préhension. Aussi devait-on les laisser en place, pour obtenir l'hémostase des petites artères, 12 à 24 heures; pour les pédicules d'une certaine importance, 36 à 48 heures. Péan avait lui-même tellement bien reconnu l'insuffisance de ses pinces, qu'il avait fait hérisser les mors de quelques modèles, les pinces pour l'amputation de la langue notamment, de pointes acérées qui pénétraient, après avoir fixé les tissus, dans des orifices correspondants, ménagés sur l'autre mors.

L'action de ces pinces, laissées à demeure sur la langue, par exemple, était plus barbare et plus cruelle encore que l'amputation à l'écraseur.

L'étude méthodique de l'hémostase, au cours de nombreuses opérations, me démontra que : 1° les vaisseaux susceptibles de donner lieu à une hémorragie redoutable étaient beaucoup moins nombreux qu'on ne le supposait. 2° que l'écoulement du sang, d'abord assez abondant, s'arrêtait presque immédiatement dès que la tumeur était entièrement détachée et que l'on avait pris soin de tamponner la plaie.

L'hémorragie qui se produit pendant que l'on opère la tumeur est, en effet, presque exclusivement veineuse et capillaire. Ces vaisseaux ne donnent plus, dès que le champ opératoire, tout à fait libre, a été comprimé quelques instants. Seules les artères d'un certain calibre et les grosses veines, particulièrement celles du cou, doivent être pincées et liées. Pour les petites artères, on avait pris l'habitude, à l'exemple de Péan, qui pinçait au cours de ses opérations, des multitudes de vaisseaux sans importance, de retirer les pinces au moment des sutures.

Je me suis aperçu que cette pratique était loin d'être sûre et que si l'on n'avait placé, en opérant, des pinces que sur les vaisseaux d'un certain calibre, ces vaisseaux saignaient fréquemment, soit immédiatement, soit quelque temps après l'ablation de la pince. Bien mieux, les hémorragies secondaires n'étaient pas exceptionnelles dans des cas où les pinces avaient été laissées en place de 12 à 48 heures.

J'ai choisi comme pinces hémostatiques ordinaires, des pinces à mors droits ne pouvant se croiser, et à branches presque rigides. Puis j'ai fait construire pour l'hystérectomie vaginale et les pédicules plats d'une certaine importance, mes pinces cannelées à mors élastiques. La cannelure était destinée à mieux maintenir les tissus interposés et à assurer une triple oblitération des artères, par suite du rebroussement au-dessus et au-dessous de la pince et au niveau de la cannelure, des tuniques moyenne et interne sectionnées.

Mes pinces écrasaient, beaucoup plus complètement que les modèles antérieurs, les ligaments larges, et assuraient une élimination rapide des tissus interposés, qui se trouvaient réduits, après 48 heures, à une mince lamelle celluleuse.

La pression exercée au milieu des mors ne dépassait pas 200 kilogrammes, et l'étude de l'action des divers modèles de pinces sur les pédicules facilement accessibles, comme les pédicules ovariques, me démontra que ces instruments étaient beaucoup trop faibles. Ils ne réduisaient les tissus interposés à l'épaisseur des seuls feuillets celluleux que progressivement et par suite de l'élasticité de leurs branches qui est mise en jeu avec son maximum de puissance dès que la crémaillère a été engrenée à fond par la pression de la main. Les mors de ces pinces écrasent les tissus lentement, progressivement, à la manière d'une ligature élastique.

Vient-on à saisir avec le même instrument des tissus sans résistance, du tissu cellulo-adipeux, par exemple, l'écrasement est immédiat.

J'ai tenté d'employer de nouveau, pour de gros pédicules, l'écraseur linéaire de Chassaignac ou le serre-nœud de Maisonneuve, qu'il était facile d'aseptiser dans l'étuve sèche à 160° ; la manœuvre de ces instruments étant trop lente, la chaîne ou le fil métallique ne se maintenaient pas à l'endroit voulu.

Il me fallait réaliser extemporanément la puissance de l'écraseur linéaire, en assurant un rebroussement des tuniques moyenne et interne des artères suffisant pour effectuer l'hémostase. J'ai fait construire par M. Collin, en 1896, pour ces expériences, divers modèles de pinces, dont les types les plus caractéristiques étaient :

1° Des pinces à mors très courts à branches presque rigides, et à grande multiplication (1×8) ;

2° Des pinces à glissière : un petit modèle, analogue à l'ancienne pince à verrou, mais avec un mors fixe, strié transversalement, et un mors également strié et doué d'un mouvement longitudinal de va-et-vient, actionné par un bouton latéral, et un grand modèle pour les ligaments larges. La glissière de ce grand modèle, qui est représenté dans ma *Technique chirurgicale*, pl. XXV, p. 197, était mue par un levier du 2e genre, multipliant 4 fois l'effort de la main.

La petite pince à glissière donna, pour les artères de moyen calibre, des résultats médiocres.

La grande pince, qui était serrée progressivement pendant que je manœuvrais la glissière, réduisait à une très faible épaisseur les ligaments larges, après l'hystérectomie vaginale ; mais si je les sectionnais immédiatement, les vaisseaux donnaient du sang et j'étais obligé de placer des pinces à demeure ou des ligatures.

L'étude de l'action de ma pince à glissière sur des pédicules frais me démontra, en effet, que les artères étaient réduites à leur seule tunique externe, mais que les tuniques internes, écrasées et dissociées par le mouvement de rotation du vaisseau sur son axe, entre les cannelures de la pince, ne formaient pas un bouchon suffisant.

L'action de mes pinces à mors courts et à grande multiplication, était au contraire, très satisfaisante.

Ces pinces, placées sur des artères du volume de la faciale et laissées en place 4 ou 5 minutes, réduisent le vaisseau à une lamelle celluleuse gaufrée, presque déshydratée, et en assurent l'oblitération.

Les veinules sont, en raison de leur texture anatomique si différente, moins bien oblitérées par ce modèle de pince que les artères d'un moyen calibre.

Les artérioles qui sillonnent des tissus friables et dont la tunique moyenne n'est pas très épaisse se comportent comme les petites veines. Les veines à tunique musculeuse épaisse comme certaines veines de la jambe, se comportent comme l'artère faciale et ne saignent pas après l'ablation de la pince.

Les artères athéromateuses, au contraire, peuvent être le point de départ d'une hémorragie secondaire ; il est prudent de les lier.

En principe, je n'applique donc mes pinces à écrasement que sur les vaisseaux de quelque importance et je ne les enlève sans lier que dans les opérations de chirurgie courante, où les grandes séreuses ne sont pas intéressées.

Ces pinces arrêtent admirablement les hémorragies de l'artère méningée moyenne et de ses branches, et même certaines hémorragies provenant d'artérioles des os, et que j'écrase avec le tissu osseux qui les entoure (1).

(*A suivre*).

(1) NOTA. — Un retard dans la livraison des clichés nous oblige à remettre au prochain numéro la fin de l'article du Dr Doyen, ainsi que les planches nombreuses qui l'accompagnent.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

L'hygiène musculaire des diabétiques, par LAGRANGE (*Revue des maladies de la nutrition*, n° 577, octobre 1898). — Il en est des diabétiques, au point de vue de la médication par l'exercice, comme des neurasthéniques.

Des deux côtés, les bénéfices de l'entraînement sont considérables, mais les dangers de la fatigue sont très grands. C'est pourquoi deux courants d'opinion de sens inverse semblent diviser les médecins, suivant qu'ils ont été plus frappés par l'urgence du bénéfice thérapeutique à obtenir, ou par les graves conséquences du danger à éviter.

Aucun praticien ne voudrait nier les dangers du surmenage qui sont, sans contredit, beaucoup plus redoutables dans le diabète que partout ailleurs. En effet, le surmenage peut aboutir à une complication toujours mortelle : le coma diabétique.

Mais les praticiens trop timorés n'évitent le danger du surmenage, qu'au prix d'un autre inconvénient non moins évident, quoique moins effrayant et moins prompt à entraîner des conséquences funestes : c'est le ralentissement des oxydations organiques et l'aggravation des troubles multiples qui résultent de la nutrition ralentie.

Le mécanisme de l'amélioration de la nutrition chez le diabétique sous l'influence d'une oxygénation plus active des produits de désassimilation est si bien admis par tous les auteurs que tous s'accordent à préconiser les inhalations d'oxygène dans les périodes graves de l'intoxication diabétique. Mais on est plus sûr d'obtenir les effets curatifs de l'oxygène, quand on se borne à augmenter la consommation naturelle de ce gaz, en augmentant le travail des muscles, puisqu'on sait que, grâce à la suractivité de la respiration pendant l'exercice musculaire, l'apport au sang de l'oxygène atmosphérique peut s'accroître dans les proportions de 1 à 7, si on compare l'oxygène inhalé à l'état d'immobilité, et à l'état de mouvement très actif.

Si les effets de l'exercice se traduisent par une diminution des poisons organiques, grâce à l'oxydation plus complète des produits de désassimilation, il se trouve que l'état de fatigue, aboutissant si fréquent de l'exercice, a pour caractéristique l'augmentation momentanée de ces poisons; de sorte que l'excès de fatigue place l'organisme, au point de vue des échanges nutritifs, dans les mêmes conditions que le défaut d'exercice.

Il faudra donc éviter la fatigue tout en faisant de l'exercice, en d'autres termes arriver à faire un exercice suffisant pour brûler le sucre, et assez faible pour ne pas augmenter l'acidité organique.

L'entraînement chez le diabétique ne peut se produire qu'à l'aide d'un exercice quotidien régulier et progressif, et non au moyen d'exercices intermittents, très espacés et exécutés de loin en loin. En procédant ainsi, le diabétique n'arrivera jamais à provoquer une accumulation de produits acides dans l'organisme, car la tendance du muscle à produire un excès d'acide diminue, à mesure qu'il s'accoutume à faire du travail.

Il ne faut pas mettre en œuvre un grand nombre de muscles simultanément, parce que ce serait faire produire une trop forte dose de travail à la fois.

On doit donc éviter les mouvements composés tels que les comportent certains exercices de sport comme l'aviron, l'escrime, la boxe ou les exercices de gymnastique, comme le rétablissement, les culbutes au trapèze. La gymnastique suédoise, qui décompose les mouvements, et surtout la mécanothérapie, qui règle d'avance l'intensité de l'effort local, tout en isolant les groupes musculaires actionnés, permettront seules d'appliquer, en toute sécurité, l'exercice aux diabétiques dont l'entraînement doit être dirigé avec des précautions particulières.

Il faudra de plus, répartir les doses successives de travail sur des groupes de muscles différents, afin d'éviter de fatiguer les mêmes groupes de muscles; cette précaution est indis-

pensable chez les diabétiques amyosthéniques, c'est-à-dire très vulnérables à la fatigue.

Il faudra, enfin, couper les séances de mouvements actifs par des mouvements passifs propres à favoriser le nettoyage des muscles; par exemple, par des massages à tapottement ou à trépidation, — et faire intervenir de temps en temps les mouvements de respiration active et passive pour activer l'apport de l'oxygène au sang, et hâter l'oxydation et l'élimination des produits de la désassimilation musculaire.

A. Chassevant.

Traitement de l'obésité au moyen de préparations thyroïdiennes (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 41, 1898). — Weiss a eu l'occasion d'essayer la thyroïodine chez quelques malades obèses : il a surveillé avec la plus grande attention l'état de la santé générale et de l'appareil circulatoire pendant le traitement et, pour éviter tout accident, a fait suspendre l'administration du remède tous les 8 ou 10 jours, pendant 4 à 5 jours. Ce n'est qu'à la fin du traitement que l'auteur institue un traitement diététique et gymnastique destiné à conserver les résultats acquis.

Chaque pastille de thyroïodine contient 0 gr. 3 de substance active : la dose journalière sera de 2 a 3 pastilles.

Weiss a rencontré un cas réfractaire, au sujet duquel il ne donne malheureusement pas de détails sur la marche de la diurèse, qui s'est trouvée très augmentée dans les cas favorables.

Une des malades présentait une insuffisance mitrale caractérisée, sans asystolie : les phénomènes cardiaques se sont notablement améliorés (diminution de la surcharge graisseuse?).

L'amaigrissement n'a pas été obtenu au dépens des albuminoïdes ; il peut donc être considéré comme rationnel. On peut associer à la médication l'emploi des eaux ferrugineuses, chez les anémiques.

E. Vogt.

Traitement de l'urémie par les inhalations d'oxygène (*The British med. Journal*, 8 oct. 1898). — Cette question est venue incidemment en discussion à la réunion annuelle de la *Société médicale britannique* : Macalister, de Liverpool, recommande, pour combattre la dyspnée urémique et prévenir le coma, de faire respirer par une narine de l'oxygène et par l'autre de l'air : cette pratique permettrait d'obtenir rapidement une régression des accidents menaçant la vie du malade. Il semblerait qu'à la suite des inhalations, la teneur en urée des urines augmenterait sensiblement.

Le professeur Stockman, de Glascow, met en doute l'efficacité de l'oxygène dans l'urémie ; il ne croit pas du reste, qu'en l'absence d'une augmentation de pression, les globules rouges du sang soient capables d'absorber plus d'oxygène, sous l'influence des inhalations, qu'ils n'en absorbent sous l'influence de l'air atmosphérique.

E. Vogt.

Traitement de l'urémie par les injections sous-cutanées de chlorure de sodium (*Medicinskoié Obosrenié*, n° 8, 1898). — Potiénko rapporte un cas d'urémie où les injections sous-cutanées de chlorure de sodium ont donné d'excellents résultats, à tel point, que c'est à ces injections, que l'auteur attribue la guérison du malade.

Chaque injection avait pour résultat la régularisation et l'amélioration de l'activité cardiaque, l'amélioration de l'état général (le malade s'endormait parfois), la cessation du hoquet pendant un certain temps, et presque toujours l'augmentation de la diurèse.

B. Taft.

De la thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique, par William Stokes (*British medical Journal*, 29 octobre 1898). — Chez un homme de 32 ans, atteint de goitre exophtalmique, Stokes pratiqua la thyroïdectomie partielle. La glande thyroïdienne présentait une augmentation de volume portant surtout sur le lobe moyen : celui-ci fut réséqué avec une petite portion du lobe droit.

Au cours de l'opération, le malade eut une attaque de dyspnée et plusieurs syncopes les jours suivants ; le quatrième et le cinquième jour, il eut des attaques successives de chaleur et de froid. Néanmoins, trois semaines après, il put aller en convalescence, et, depuis deux ans, tous les phénomènes antérieurs ont disparu ; la guérison a été complète.

S.

Traitement de la maladie de Basedow (*Medicinskoié Obosrenié*, n° 8, 1898). — Gajekiewicz préconise dans la maladie de Basedow le traitement psychique (suggérer à la malade que la maladie est curable) et le repos (enlever la malade, pour un temps, de son milieu habituel: souvent aussi repos au lit).

Il faut éviter les boissons alcooliques, le café noir, le tabac. Les aliments et les boissons doivent être froids; on fera bien aussi de placer la malade dans un appartement où la température sera peu élevée (pendant la saison estivale, la malade sera envoyée dans les montagnes).

Tous les jours on administrera des bains froids et l'on pratiquera la galvanisation du nerf sympathique et de la moelle.

La faradisation, la galvanisation, ainsi que les préparations de glande thyroïde ont donné à l'auteur des résultats peu satisfaisants.

Parmi les substances médicamenteuses qui peuvent rendre certains services, l'auteur indique le bromure et, dans quelques cas, la digitale.

B. Tapt.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Traitement de la fièvre typhoïde, par Michell Clarke (*Bristol medico-chirurgical Journal*, t. XVI. p. 15, oct. 1898). — Le traitement approprié d'une fièvre, qui, comme la fièvre typhoïde, est due à un organisme spécifique, doit consister dans l'administration d'une substance qui détruit ou empêche la pullulation de cet organisme et neutralise ses produits toxiques. Mais nous n'avons pas ce traitement spécifique; on doit donc s'efforcer, puisqu'on ne peut détruire le microbe, de soutenir le patient et d'augmenter sa force de résistance vis-à-vis des toxines, de diminuer sa fièvre et de diminuer le processus fermentatif intestinal. Michell Clarke répond à ce triple but de la façon suivante : Pour ménager le malade, il le soutient avec des aliments liquides facilement assimilables : lait, thé, extrait de viande, quelquefois des œufs. L'usage de l'alcool dépend de l'état du pouls; il rend des services dans les cas de défaillance du cœur, dans le collapsus, l'insomnie.

Pour traiter la fièvre, il a recours aux applications froides, de beaucoup supérieures aux médicaments antipyrétiques. L'usage des antiseptiques intestinaux, surtout du calomel, au début, est très utile, car il y a diminution du développement des bactéries.

Dans le traitement des complications. Clarke préconise de petites doses de phénacétine et de caféine contre le mal de tête du début.

Contre la distension intestinale et la diarrhée, le lavement opiacé semble souverain; contre la constipation, employer des lavements de savon ou d'huile d'olive.

Combattre l'insomnie par les bains ou les stimulants: si elle persiste, la morphine est le meilleur remède. Les défaillances du cœur seront d'abord traitées par la digitale; les injections de strychnine seront le remède le plus efficace *pour combattre les accidents cardiaques immédiats.*

La caféine est aussi très utile; on doit continuer, tant que le danger n'est pas disparu, à employer la strychnine et la caféine.

A. Lesage.

Le sulfophénate de soude comme prophylactique de la scarlatine (*Cronica médica Mexicana*, octobre 1898). — Le Dr José Gonzalez, s'appuyant sur les observations des Drs Brakenbridge et W. Scott, rapportées par le Dr Edward Ellis dans son traité des « Maladies de l'enfance » et, obligé par l'épidémie de fièvre scarlatine, qui sévissait dans la capitale du Jerce (Etat de Guanajuato) de prévenir la propagation sur les personnes qui, surtout par leur âge, sont prédisposées à en souffrir, le Dr José Gonzalez dit avoir obtenu avec le sulfophénate de soude des résultats très encourageants. Depuis quelque temps, il dit avoir recueilli quelques observations affirmatives, mais il attendait, pour les publier, que leur nombre soit plus considérable pour pouvoir en tirer des conclusions.

Sa statistique comprend cent trente-neuf individus, répartis en dix-sept familles, parmi lesquelles il a eu l'occasion d'essayer le médicament en question : toutes ces familles étaient exposées à la contagion, ayant un de leurs membres attaqué; cependant dans le tableau publié il n'y inscrit que dix-neuf cas, se rapportant tous à des enfants de 10 à 15 ans, âge que tout le monde sait être le plus apte pour contracter la maladie.

Dans ces 19 cas, où l'isolement a été plus ou moins négligé, on ne trouve que *deux* cas de contagion, et encore faut-il noter que le premier se rapporte à un jeune homme qui n'a pas voulu se soumettre à la médication par le sulfophénate de soude ; le deuxième concerne un petit garçon qui n'a commencé à prendre le médicament que trois jours après que sa petite sœur avait la fièvre, probablement étant déjà en pleine période d'incubation, puisque, au bout de deux jours, il se sentait malade.

Ces deux cas, au lieu d'infirmer la valeur des résultats obtenus, ne font que l'augmenter, du moment qu'il s'agit des seuls cas où le médicament n'a pas été pris régulièrement.

L'auteur cite plusieurs cas observés par lui, qui démontrent la facilité de la contagion ; par contre, avec le traitement prophylactique, il a pu voir plusieurs enfants nullement isolés résister admirablement au contage.

Le sulfophénate de soude est un médicament composé de phénol et de sulfate de soude. C'est une poudre blanche, très soluble dans l'eau, légèrement salée.

Son *absorption* se fait très facilement, et avec une certaine rapidité, ainsi que son *élimination*;

il est facile de prouver sa présence dans les sécrétions, principalement dans l'urine, par la coloration noirâtre que prend celle-ci, et par la teinte bleue qu'elle prend en y ajoutant du perchlorure de fer (réactif du phénol).

Les doses qu'il a l'habitude de prescrire sont les suivantes; 0 gr. 30 par jour, aux enfants au-dessous de 3 ans; 0 gr. 50 de 3 à 10 ans, et de 0 gr. 50 à 1 gramme au-dessus de cet âge. Administré dans ces conditions, il n'a jamais provoqué d'altérations gastro-intestinales, l'appétit a été conservé, même chez les enfants au-dessous de 1 an; par conséquent, la digestion n'a pas souffert.

On peut en dire autant des autres appareils: ni la circulation, ni la respiration, ni le système nerveux n'ont en rien modifié leur fonctionnement.

Par conséquent, on peut déduire des expériences du Dr José Gonzalez: *a*) que le sulfophénate de soude est vraimènt prophylactique de la scarlatine; *b*) que, pour être vraiment efficace, on doit commencer à l'employer le plus tôt possible et continuer son administration jusqu'à ce que tout danger de contagion ait disparu; *c*) encore que les résultats obtenus avec le sulfophénate soient très encourageants, même dans les cas ou l'isolement n'a pas été fait, on doit toujours le considérer comme complémentaire de celui-ci, dans les cas où il ne peut être parfait. Si toutes ces conditions ne sont pas accomplies, on court le risque de ne pas obtenir le résultat voulu.

Dr F. Berini.

De l'action des injections antidiphtériques préventives chez les scarlatineux (*Wratsch*, N° 87, 1898). — Schabad a fait des injections préventives chez 133 enfants atteints de scarlatine. Les injections étaient faites à tous les entrants: la première, le premier ou le deuxième jour; la seconde, au bout de 3 semaines; la troisième, au bout de 6 semaines si, pour une raison quelconque, les malades devaient rester encore à l'hôpital.

La quantité de sérum injectée était équivalente à 300 unités antitoxiques. Sur les 133 enfants aussi traités, 7 ont été atteints de diphtérie.

Dans 4 cas, l'infection s'est manifestée au bout de 20 à 21 jours; dans 1 cas, au bout de 14 jours; dans les deux autres, au bout de 14 à 16 jours après la deuxième injection.

Dans un de ces cas, il y avait de la diphtérie nasale avec température normale; dans les 6 autres cas, on avait affaire à de la diphtérie pharyngée avec fièvre.

Signalons, à ce propos, le travail d'un autre auteur, le Dr Teldt, sur le même sujet.

Sur les 47 scarlatineux soumis aux injections antidiphtériqués préventives et non isolés des diphtériques, un seul a été atteint de diphthérie. Ce chiffre devient particulièrement éloquent si on le rapproche d'un autre chiffre de 39 sur 267, qui représente le nombre des scarlatineux non soumis aux injections préventives et frappés de diphtérie. Ajoutons encore que, sur 10 enfants bien portants ayant reçu des injections préventives, pas un n'a été atteint de diphtérie, bien qu'ils eussent séjourné dans le même logement qu'un diphtérique, et cela pendant plusieurs semaines. Teldt tire de ces constatations cette conclusion justifiée que les injections antidiphtériques préventives constituent un moyen efficace dans la lutte contre la diphtérie.

Il donne à ce sujet des chiffres fort intéressant. A l'hôpital des Enfants de Nicolas (à Saint-Pétersbourg) la mortalité, grâce à un emploi très large des injections antidiphtériques préventives, a diminué. Ainsi pour la rougeole elle est tombée de 9,7 0/0 à 7,5 0/0, et pour la scarlatine de 18,3 0/0 à 11,5 0/0.

B. Taft.

Emploi de la quinine dans l'hémoglobinurie malarique, par Albert Woldert (*Medical News*, t. LXXII, p. 547, 1898). — L'auteur nie l'hémoglobinurie d'origine quinique. Il passe en revue, successivement, les effets des doses toxiques de quinine, relève les cas dans lesquels la quinine a été administrée à hautes doses, sans provoquer d'hémoglobinurie; il étudie l'absorption et l'élimination de la quinine, les variétés d'hémoglobinurie ainsi que le mécanisme de la production de l'hémoglobinurie au cours des maladies infectieuses. Il montre les modifications anatomiques des reins, qu'on observe au cours de l'hémoglobinurie: opacité de l'épithélium de la large branche de l'anse de Henlé, modification des glomérules, etc.

Les causes de l'hémoglobinurie au cours du paludisme sont imputables à l'action des toxines malariques, et aussi à une prédisposition individuelle.

Des expériences cliniques démontrent que la quinine ne produit pas d'hémoglobinurie. Il cite, en outre, les opinions de Dock, Thompson, Osler, Laveran, Dawson, Tyson, Anders, qui tous considérent la quinine comme le véritable remède à opposer à l'hémoglobinurie paludique.

L'auteur dit que, dans plusieurs centaines de cas observés au Texas, les paludiques, traités par la quinine à haute dose, n'ont jamais présenté d'hémoglobinurie. Dans cinq cas d'hémoglobinurie paludique, l'emploi de la quinine a amené la guérison.

A. Chassevant.

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubg Saint-Denis, PARIS.

MALADIES
aiguës
ET
CHRONIQUES

Le plus efficace des Vésicants
VÉSICATOIRE D'ALBESPEYRES
avec **Signature** *sur le côté vert.*

Guérison des Maladies chroniques
par le **PAPIER d'ALBESPEYRES**

Dentition

La Dentition des Enfants
ne se fait bien qu'avec le
SIROP DU Dr DELABARRE
Exiger le **Timbre de l'État.**

CONSTIPATION

Supprimée en une demi-heure
par les **SUPPOSITOIRES CHAUMEL**
remplaçant tous les lavements.
Exiger la **Marque triangulaire.**

Catarrhes
(Bronches, Vessie)

CAPSULES RAQUIN
au Goudron, à l'Ichthyol, au Santal, au Salol,
au Salol-Santal, à la Térébenthine, etc.
Exiger le Timbre de l'Union des Fabricants.

LES
MEILLEURS CALMANTS
contre toutes Souffrances :
Rhumes, Grippe, Maux de Gorge,
Agitation nerveuse,
Insomnies, etc.

SIROP et PÂTE
BERTHÉ
Exiger le **Timbre de l'État.**

ASTHME

Les accès les plus violents sont dissipés
en très peu de temps
par le **PAPIER** ou les **CIGARES**
BARRAL

Goutte

Pilules et Poudre LARTIGUE
Remèdes très efficaces *à toutes les périodes.*

Traitement de la constipation habituelle. — Le traitement de la constipation a, de tout temps, fait le désespoir des médecins, comme des malades. Ce n'est pas que les remèdes proposés contre elle ne soient nombreux, mais leur abondance même prouve précisément qu'un spécifique véritable est encore à trouver.

Tous ont d'ailleurs, à un degré divers, leurs inconvénients. Les purgatifs salins perdent rapidement leur puissance, et il n'est pas rare de leur voir produire, à la longue, un état de constipation pire qu'auparavant. Les purgatifs drastiques irritent rapidement l'intestin, amènent la congestion du foie et favorisent l'apparition des hémorroïdes. D'autre part, comme ils sont donnés généralement sous forme pilulaire, et que les résines qui entrent dans leur composition durcissent plus ou moins rapidement avec le temps, ces pilules ne tardent pas à se transformer en véritables corps étrangers, complètement insolubles dans les liquides intestinaux.

Les procédés mécaniques ne valent guère mieux que ces divers agents médicamenteux. Les suppositoires sont souvent irritants et mal supportés. Quant à l'antique clystère, nul n'ignore les méfaits dont il est quotidiennement responsable. Ce n'est pas à dire que nombre de gens n'y aient encore habituellement recours, les femmes surtout. Or, il n'est pas douteux que l'emploi répété de ce mode d'évacuation amène la distension et l'atonie de la paroi intestinale, cause déjà de tout le mal. Les fervents du clystère ont d'ailleurs une expression bien typique pour caractériser leur cas et qui, à elle seule, est tout un aveu : ils ne peuvent aller à la selle qu'avec des lavements, disent-ils, ce qui veut dire qu'ils sont parvenus à être en possession d'un gros intestin tellement privé de tout pouvoir contractile qu'il est devenu totalement incapable de se débarrasser par lui-même de son contenu.

Quant aux corps inertes, tels que graine de lin, moutarde blanche, psyllium, leur effet est très passager, et la possibilité de les voir se loger dans l'appendice doit nous rendre aujourd'hui très circonspects dans leur emploi.

En somme, le meilleur traitement de la constipation consisterait à réveiller dans l'intestin la puissance contractile, sans l'irriter, sans le fatiguer, sans créer d'excitation artificielle à laquelle il s'habitue toujours, quelle qu'elle soit. C'est pourquoi le médecin devra toujours, en principe, et tant que la chose sera possible, donner la préférence au traitement par le régime ou par le relèvement de l'énergie des muscles lisses. Le *régime* sera aussi riche que possible en légumes et en aliments laissant un déchet volumineux, en matières grasses, en épices, etc. Malheureusement, le plus grand nombre des malades qui nous intéressent, souffrant de l'atonie des voies digestives, sont atteints d'une atonie semblable du réservoir stomacal, ce qui constitue précisément une contre-indication formelle au mode d'alimentation que nous venons d'indiquer.

On cherchera donc à réveiller, de par ailleurs, l'énergie de la tunique intestinale. Ici encore, les moyens sont nombreux : les uns préconisent le sac de grains de plomb laissé à demeure sur le ventre pendant la nuit; d'autres le massage abdominal; d'autres enfin la compresse froide appliquée sur le ventre; mais ces divers moyens ne sont pas à la portée de tout le monde. La compresse froide est contre-indiquée chez les arthritiques; le massage abdominal est difficile à réaliser chez beaucoup, et le sac de grains de plomb n'est pas toujours bien supporté. Quant au massage abdominal, il demande, pour être exécuté, une compétence toute particulière, ce qui ne le met à la portée que d'un nombre restreint de malades.

De tout ceci, résulte cette conclusion: c'est que l'emploi des laxatifs doux, pris régulièrement à intervalles d'un ou deux jours, afin d'éviter l'accoutumance de l'intestin, est encore le procédé le plus simple pouvant convenir à tout le monde. Or, parmi ces laxatifs, la première place est certainement tenue par le tamarin, dont la réputation est séculaire. Qu'il agisse principalement par les tartrates, par l'acide citrique ou par la résine qu'il contient, il n'en est pas moins démontré que son emploi est sûr et peut être prolongé presque indéfiniment sans fatigue, ni diminution d'effet.

Le seul inconvénient de la pulpe de tamarin, serait la variabilité très grande de sa composition sur laquelle Müller a déjà insisté (*Pharmac. Centralblatt*, 1882, page 581 ; in *Pharmaceut. Journal and Transactions*, 1882-83, page 684). C'est ainsi que la teneur en bitartrate de potasse a pu, d'un échantillon à l'autre, varier de 4.66 à 6.01 0/0; celle de l'acide tartrique de 5.29 à 8.80 et celle de l'acide citrique de 0.64 (Muller) à 13.50 (Nessler). C'est cette variabilité d'action qui explique que certains pharmaciens peu scrupuleux, pour avoir la certitude de livrer une pulpe toujours active, l'additionnent d'un peu de séné, ce que le malade reconnaît facilement aux coliques produites par cette dernière substance et que ne donne jamais le tamarin pur. Le mieux est donc d'employer le principe actif dont l'action est sûre et constante et que M. Grignon a fait connaître sous le nom de *tamarine*. Prise en pilules molles à la dose de 0 gr. 10, elle donne une selle facile, sans maux de ventre, ni fatigue et convient admirablement aux vieillards et aux enfants, comme aux adultes.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Mobilisation précoce des articulations, par L. CHAMPIONNIÈRE (*XIIe Congrès fr. de Chir.* oct. 1898).— Dans les anciennes méthodes de traitement, l'immobisation des articulations traumatisées était de règle. L'auteur s'inscrit en faux contre cette manière de faire; selon lui, il y a tout à gagner, après avoir fait un pansement qui suffit à calmer la douleur, à commencer immédiatement les mouvements passifs, qu'il s'agisse d'un traumatisme ou d'une résection (épaule, coude, poignet). L'inflammation ne saurait être aggravée de ce fait.

Aug. BENOIT.

Régénération de la diaphyse tibiale après son ablation pour ostéomyélite aiguë (*Société de Chirurgie*, 9 novembre 1898). — M. WALTHER rend compte d'un rapport sur ce sujet et conclut que si l'on peut compter sur la régénération de la diaphyse tibiale, après ablation complète sous-périostée, chez de *jeunes sujets*, ainsi que l'a réalisée M. Paulidès, de Rhodes, il n'en est pas moins à craindre que l'on n'échoue chez beaucoup des autres sujets; aussi doit-on préférer la *trépanation large* de l'os malade.

Aug. BENOIT.

Nouvelle méthode d'amputation applicable à la gangrène sénile du pied, par M. Stephen SMITH, de New-York (*Medical Record*, 22 octobre 1898). — L'auteur a employé avec succès, chez un sujet de 78 ans, la désarticulation du genou, conseillée depuis longtemps, en Amérique, pour assurer une bonne nutrition des lambeaux atteints de gangrène sénile du pied. Il est impossible, en effet, de préjuger l'état des artères de la jambe; certains opérateurs vont même jusqu'à proposer l'amputation de la cuisse dans cette affection. Chez le sujet dont il est question, l'état général, qui était considérablement affaibli, se releva à la suite de l'opération. Le procédé employé par l'auteur consiste à tracer les lambeaux de la manière qui suit : A deux doigts au-dessus du bord supérieur de la rotule, on commence une incision verticale qui passe par le centre de cet os pour se terminer à la tubérosité du tibia; de l'extrémité inférieure de cette incision, on trace deux nouvelles incisions curvilignes, l'une vers le bord externe, l'autre vers le bord interne du membre, et ces dernières, à convexité inférieure, sont réunies entre elles par une incision transversale au niveau du bord supérieur du mollet. Puis, on détache les lambeaux du tibia et du péroné, la rotule est enlevée et on désarticule. On a ainsi des lambeaux qui contiennent les artères nourricières principales de la région. Le résultat est remarquable en vue de l'application d'une jambe artificielle. Un point fort important : il faut éviter d'appliquer la bande d'Esmarch sur les artères calcifiées des vieillards. M. Smith s'est contenté de la pression artérielle dans l'aine et du pincement. D'autre part, M. Gouley, de New-York, et M. O'Brien, viennent communiquer des cas de récidive ou de mort, attribuables à l'emploi de ce moyen d'hémostase. Du point où avait porté la bande d'Esmarch, partaient des caillots s'étendant fort loin, en amont comme en aval, ainsi que l'autopsie permit de le constater.

Aug. BENOIT.

Traitement des entorses du pied par le bandage de Gibney, par S. Howe ADAMS, de Philadelphie (*The medical Age*, 10 oct. 1898). — Le praticien est souvent jugé sur les résultats d'opération de peu d'importance chirurgicale, et un succès en chirurgie courante lui vaut parfois plus de réputation qu'un brillant diagnostic. On dit assez couramment qu'une entorse est pire qu'une fracture, tellement les méthodes de traitement usuelles sont peu satisfaisantes. C'est pourquoi l'auteur croit devoir faire connaître mieux qu'elle ne l'est la méthode de Gibney, qui lui a donné, dans les entorses du cou-de-pied, de forts beaux résultats. De l'avis des maîtres, trois conditions sont à remplir dans le traitement des entorses : combattre l'inflammation, assurer la résorption des exsudats, restaurer les fonctions de la jointure. Le genou, le cou-de-pied, le poignet, dont les mouvements de latéralité sont limités ou nuls, sont les articulations le plus souvent atteintes par ce genre de traumatisme, dont les lésions portent immédiatement sur les ligaments latéraux, pour les déchirer ou les rompre; la synoviale et ses vaisseaux peuvent être également rompus, les tendons extra-articulaires et leur gaine plus ou moins atteints. Le Dr GIBNEY, s'inspirant en cela des publications de M. Cottrell, chirurgien anglais, préconise l'application d'un bandage appliqué de la manière suivante :

On taille dans de l'emplâtre adhésif ordinaire des bandes d'un demi-pouce de large, sur deux longueurs, les unes de douze, les autres de dix-huit pouces de long. On doit appliquer ce bandage aussitôt le diagnostic fait et immédiatement après l'accident si possible. S'emparant du pied du patient, on prend l'une des bandes les plus longues et on l'applique autour du cou-de-pied, parallèlement à la plante du pied, en commençant au niveau du gros orteil et la menant de façon à entourer le cou-de-pied juste au-dessus

du contour de la plante, pour finir au niveau du point où on a commencé. Il est bon de placer, par-dessus cette bande initiale, une pièce parallèle. En plaçant ces bandes, il faut les tirer soigneusement, pour avoir un bandage très ajusté quand il sera terminé. On choisit ensuite une des plus courtes bandes, qu'il s'agit de placer perpendiculairement aux précédentes et qui remontera parallèlement à la face postérieure de la jambe.

Commençant bien en arrière et au-dessus du cou-de-pied, cette bande est abaissée autour de la plante du pied et relevé sur l'autre côté de la jambe, faisant comme un étrier. Cette dernière sera également bien tendue. On continue à appliquer alternativement des bandes de l'une et l'autre espèce, en les faisant se recouvrir par imbrication et l'on continue jusqu'à ce que le pied soit entièrement renfermé dans un véritable soulier d'emplâtre adhésif, dont une partie du talon aurait été enlevée. L'ensemble de ce bandage est de belle apparence. On peut appliquer ensuite un bandage roulé ordinaire, qui doit servir à faire prendre l'emplâtre adhésif. On engage le patient à demeurer tranquille un jour ou deux. Puis il pourra aller et venir dans sa chambre. On laisse le bandage en place pendant tout le temps que dureront la douleur et le gonflement : on l'enlève ensuite et on ne le remplacera plus par aucun appareil, car la guérison est complète. Si les bandes se relâchent. il faut les renforcer par des bandes additionnelles, car il importe, pour obtenir de bons résultats, que l'appareil soit très serré. Après avoir fait le procès des autres méthodes de traitement des entorses, y compris les plus récentes : massage, eau chaude, etc., l'auteur conclut en disant que ce moyen de traitement réalise un réel progrès en petite chirurgie, puisque, au grand étonnement des malades, il leur permet de poser le pied par terre immédiatement après l'accident, ce qu'ils ne pouvaient faire, et de marcher au bout d'une semaine au plus, sans conserver ni douleur, ni empâtement de la jointure.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical de la métatarsalgie. par M. Péraire, de Paris *(XII[e] Congrès français de Chirurgie)*. — La radiographie a permis de constater que la métatarsalgie est caractérisée par une subluxation des têtes métatarsiennes déformées par l'*ostéite condensante*. Le traitement de choix consiste à faire la *résection de toutes les têtes métatarsiennes douloureuses*.

Aug. Benoit.

Traitement des luxations anciennes de l'épaule (*Société de Chirurgie*, 9 novembre 1898). — M. Tuffier a fait deux fois la résection de la tête humérale pour des luxations anciennes de l'épaule, donnant des accidents de compresssion du plexus brachial. Or, ceux-ci n'ont pas été améliorés par cette opération. M. Nélaton, d'autre part, conclut de son travail sur ce sujet, que le mieux, souvent, est de s'abstenir, car la résection ne donne certainement pas de résultat fonctionnel supérieur et on peut avoir à regretter de l'avoir entreprise. En l'état actuel de la chirurgie, il faut se borner à prescrire des mouvements progressifs et du *massage*, qui combattent efficacement l'atrophie musculaire, toujours consécutive. M. Berger pense, toutefois, que l'*arthrotomie*, à défaut de résection, peut donner de bons résultats fonctionnels ; c'est la conduite qu'il adopte, toutes les fois qu'il ne se trouve pas en présence d'un cas trop ancien, la cavité glénoïde étant, dans ce dernier cas, comblée par du tissu fibreux développé aux dépens des débris de l'appareil capsulaire.

M. Hennequin a, d'ailleurs, établi, dans la précédente séance, que la traction avec les moufles, sous le chloroforme, est capable de réduire des luxations vieilles de plusieurs mois, surtout chez la femme.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical des plaies du foie, par MM. Cornil et Carnot (*Semaine médicale*, 2 nov. 1898). — Diverses expériences portant sur les chiens ont permis aux auteurs d'acquérir les notions suivantes, applicables à la chirurgie humaine et dont l'intérêt est considérable. Au point de vue *hémostatique*, si l'on a affaire à une plaie peu étendue, il suffit de faire couler sur la plaie de la gélatine stérilisée à 10 0/0. Des ligatures placées dans la capsule de Glisson servent à maintenir la gélatine en place. Lorsqu'il reste de la fibrine ou un caillot sanguin entre deux surfaces d'une plaie hépatique, l'union n'en est que mieux assurée, car ce caillot donne des matériaux de nutrition aux cellules du tissu conjonctif et aux cellules endothéliales des vaisseaux qui forment la cicatrice. Des planches très démonstratives accompagnent ce travail. Toute plaie du foie peut être consolidée par une lame du grand épiploon suturée à la capsule de Glisson, à la condition qu'elle soit superficielle. S'il y a perte de substance à combler dans le viscère, on pourra se servir soit de fibrine humaine fraîche, obtenue aseptiquement, soit de fibrine cuite, soit encore d'un fragment d'éponge stérilisé, imprégné ou non de jaune d'œuf. Le tissu fibreux s'organise moins vite dans les trabécules d'une éponge, mais celle-ci offre par contre un meilleur support. Elle finit assez vite par se résorber, au point qu'on n'en trouve plus trace dans le tissu cicatriciel.

Aug. Benoit.

Traitement du cancer du sein, par M. Rudolph Matas, de la Nouvelle-Orléans (*The Philadelphia medical Journal*, vol. 2, nº 12, 1898). — L'auteur recherche par quel signe on peut s'assurer que tout néoplasme du sein n'a pas franchi les barrières lymphatiques ; l'appréciation clinique est malheureusement impossible, car il est démontré que le système lymphatique peut être envahi au delà de ganglions non engorgés. Une des principales conditions, pour que l'opération soit vraiment radicale, est que l'espace rétro-mammaire ne soit pas pris primitivement. C'est par là que les groupes cervicaux profonds, les groupes sous-scapulaires et axillaires sont envahis très rapidement. Les canaux cheminent en effet au-dessus et au-dessous du *fascia pectoral*. Il faut donc, de toute façon, enlever cette aponévrose et au moins la portion sternale du grand pectoral.

Pour lui, se rangeant à la méthode de Meyer, il extirpe les deux muscles pectoraux du côté malade, ce qui s'exécute sans donner de troubles fonctionnels bien graves et ce qui permet d'atteindre le triangle supra-claviculaire et l'espace sous-scapulaire. Il faut ménager, si l'on peut, l'artère scapulaire longue et la thoracique postérieure. Il n'a jamais eu besoin de réséquer la clavicule. Le procédé qui vient d'être décrit a été préconisé par Halsted et là s'arrêtent évidemment les ressources actuelles de la chirurgie contre cette grave affection.

Aug. Benoit.

Hernie inguinale chez la femme, par P. Berger (*La Médecine moderne*, 2 novembre 1898). — L'auteur, dont on connaît la compétence spéciale, s'occupe dans une clinique de fixer les indications opératoires de la hernie chez la femme. Il rappelle tout d'abord, que, chez les petites filles, la hernie inguinale est la règle ; elle est alors congénitale. Plus tard, chez la femme adulte, la hernie crurale devient plus fréquente, tandis qu'elle est absolument exceptionnelle chez l'enfant. Mais la hernie inguinale se retrouve chez la femme adulte avec une fréquence égale et, bien que paraissant acquise, lorsqu'elle survient à un certain âge, elle n'en est pas moins due à la persistance du canal péritonéal, ou canal de Nuck, qui accompagne le ligament rond chez le fœtus féminin. Quoi qu'il en soit, il importe de débarrasser la femme de cette infirmité avant son entrée dans la vie sexuelle. Chez les petits enfants, le Dr Berger est d'avis d'employer tout d'abord les bandages, en se réservant d'opérer plus tard, si la hernie revient. Mais il recommande de conseiller l'opération immédiate lorsqu'on est consulté pour des hernies inguinales chez des filles âgées de plus de 6 ans, car il n'y a plus alors à compter sur la guérison par un bandage. Le diagnostic des deux espèces de hernies est d'autant plus facile que l'enfant est plus jeune, puisque l'infiltration graisseuse des parois abdominales peut le rendre très difficile chez la femme développée. Il faut observer ce principe : toute hernie située au-dessus d'une ligne tirée de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure est une hernie inguinale : toute hernie située au-dessous est une hernie crurale. Les *kystes du canal de Nuck* (hydrocèle congénitale de la femme) peuvent en imposer pour des hernies inguinales. Ce sont des grosseurs tendues, assez dures, disparaissant brusquement sous la pression, mais qui se reproduisent de même et ne subissent pas d'expansion. Il n'y a aucun gargouillement dans les tentatives de réduction. Il faut d'ailleurs savoir que cette lésion, également congénitale (cloisonnement incomplet du conduit péritonéo-vaginal), coexiste souvent avec une hernie inguinale qu'elle masque. Enfin les *hernies de l'ovaire* ne doivent pas être confondues avec les précédentes ; outre leur rareté, elles ont, pour les distinguer, leurs variations de volume au moment des règles et leur connexité avec le reste de l'appareil génital. appréciable par l'exploration imanuelle, qui permet de constater la transmission réciproque des mouvements.

Aug. Benoit.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement général et diététique des maladies de l'estomac, par Georges Herschell, *(66e Congrès de la British medical Association. British medical Journal*, 29 octobre 1898). — Les agents employés dans le traitement des maladies de l'estomac sont de divers ordres : électricité, massage, traitement mécanique et vibratoire, hydrothérapie, soit générale, soit locale.

L'électricité donne de bons résultats dans l'atonie gastrique. Les courants galvaniques agissent vraisemblablement plutôt sur le système nerveux gastro-intestinal, que sur la tunique musculaire elle-même. L'auteur conseille d'appliquer une des électrodes (négative) au cou, au niveau du sympathique ou du nerf vague, l'autre dans la région du plexus solaire. Cette dernière électrode, positive, doit avoir environ 12 pouces carrés ; l'intensité du courant doit être de 3 à 15 milliampères, la durée de son

passage de cinq à dix minutes; puis, on renverse le courant pendant une à deux minutes, et on se contente alors d'une intensité de 1 ou 2 milliampères.

Le massage de l'estomac a ses partisans et ses détracteurs. Von Ziemssen et Rosenstein sont opposés à son emploi, tandis que Ewald, Boas, Rôgel, Zablowsky et Sceri le défendent. A l'exemple d'Hemmeter, on doit l'employer dans des cas définis : 1° l'estomac étant vide, avant le repas, il agit en augmentant la puissance musculaire de l'organe; 2° deux, trois ou quatre heures après, il aide à l'expulsion du chyme ou au mélange mécanique des aliments contenus dans ce viscère; 3° il agit dans les troubles de la motricité de l'organe dus à l'atonie de la paroi. Il est encore indiqué dans la sténose modérée, dans la gastrite chronique avec hyposécrétion, dans certains cas d'inhibition nerveuse des mouvements péristaltiques.

La thérapeutique vibratoire, la gymnastique des muscles de l'abdomen donnent aussi de bons résultats.

L'auteur a tiré un bénéfice appréciable de la douche stomacale, alternativement avec de l'eau chaude et de l'eau froide. Ce lavage peut être fait avec l'appareil ordinairement employé pour le lavage de l'estomac; il vaut mieux se servir d'un tube à double courant, que l'on peut au besoin fabriquer soi-même avec des tubes en caoutchouc rouge, en observant cette précaution d'avoir un tube afférent d'un calibre inférieur à celui du tube efférent, pour éviter une trop grande dilatation de l'estomac. Le tube afférent peut être mis en rapport avec deux réservoirs contenant l'un de l'eau chaude, l'autre de l'eau froide, et l'appareil peut être disposé de façon à pouvoir substituer progressivement l'eau chaude à l'eau froide. En une séance de dix minutes, l'auteur change la température toutes les 60 secondes. Rurck a apporté un perfectionnement à l'appareil en le munissant d'une olive percée de trous, de façon à produire un véritable « spray » intra-gastrique.

Au point de vue de la diététique générale, l'auteur traite deux questions : la première est la question du régime azoté dans l'hyperchlorhydrie; il lui semble que celui-ci doit être proscrit, car il exagère la production du suc gastrique, et peut amener l'hypertrophie des glandes. Il préfère le régime hydrocarboné, en neutralisant la plus grande partie de l'acidité gastrique avec les alcalins.

La seconde a trait à l'emploi de la pepsine, pancréatine et autres ferments digestifs. Il est tout à fait inutile de donner des albumines peptonisées quand le pouvoir moteur de l'estomac est conservé. Il faut limiter leur emploi au cas où le régime ordinaire est insuffisant pour conserver l'équilibre normal, en ce qui concerne la nutrition azotée. La pancréatine ne peut être donnée avec succès que dans les cas où il y a absence complète d'acide chlorhydrique dans l'estomac; encore faut-il introduire dans celui-ci un alcalin, tel que le bicarbonate de soude.

M. Soupault.

La gymnastique pneumatique. Traitement nouveau de la myasthénie gastrique, par Fenton B. Turck, de Chicago *(66e Congrès de la « British medical Association » British medical Journal*, 29 octobre 1898). — La méthode consiste dans la distension et la déplétion alternatives de l'estomac par de l'air à pression déterminée, ou même de l'air chaud ou froid. L'appareil se compose de deux tubes d'inégal calibre, accouplés parallèlement; le plus petit et le plus court est introduit au niveau du cardia, tandis que le plus long et le plus gros atteint la grande courbure. Le réservoir à air est fixé à l'un des tubes, tandis que l'autre est en relation avec un manomètre. On peut ainsi obtenir des mouvements alternatifs d'expansion et de rétraction de l'estomac. L'action de la gymnastique pneumatique peut s'expliquer de la façon suivante : la distension de l'estomac par l'air dilate ses parois ; les forces qui s'y opposent sont les fibres gastriques, les muscles de l'abdomen, le diaphragme et la pression intra-abdominale. La contraction succédant à la distension est le fait du même appareil musculaire et de la pression abdominale. Ces alternatives de relâchement et de rétraction des parois gastriques jouent le rôle de stimulant sur la musculature de l'estomac et sur sa circulation, en refluant le sang dans les veines et en le refoulant vers les capillaires, en agissant sur les artères par la contraction des muscles. La sécrétion est aussi modifiée. Ce reflux du sang, par suite de l'augmentation de volume de l'estomac, amène un excès de tension dans la veine-porte et, par suite, augmente la contraction cardiaque. La rétraction de l'estomac diminue la pression intra-abdominale et amène un afflux de sang dans les capillaires. Ces alternatives de contraction et de relâchement de l'estomac, agissent donc comme un véritable exercice vasculaire splanchnique. Les résultats de ce traitement sont une augmentation notable de la tonicité de l'estomac, une hypertrophie des parois musculaires, enfin une amélioration dans l'état de la circulation et de la nutrition du patient.

M. Soupault.

Etude comparative des produits marins d'origine animale et végétale au point de vue de leurs applications thérapeutiques.

La puissance régénératrice et tonifiante de la mer est connue depuis la plus haute antiquité; depuis longtemps l'action bienfaisante des bains de mer, ou même simplement de l'air marin, est mise à profit pour combattre l'anémie et le lymphatisme, et les sanatoria récemment créés donnent les plus brillants résultats dans le traitement des affections scrofuleuses et tuberculeuses. Mais ce n'est que par une influence prolongée que l'on obtient ces résultats; aussi lorsqu'un long séjour à la mer n'est pas possible cherche-t-on à y suppléer en administrant aux malades des médicaments d'origine marine.

Jusqu'à ce jour, on ne s'est adressé dans ce but qu'a deux produits principaux, l'un minéral : l'iode, l'autre animal : l'huile de foie de morue ; le règne végétal est resté dans l'ombre. Il est vrai que c'est de ce dernier que sont extraits les iodures, mais il est incontestable que l'iode, le brome, le phosphore, employés sous une forme pharmaceutique quelconque, ne sauraient équivaloir, comme agents thérapeutiques, à leur combinaison naturelle avec la molécule organique, tels qu'ils se rencontrent dans les fucus marins.

Cette combinaison existe également dans l'huile de foie de morue et fait la valeur de ce médicament ; toutefois celle-ci, malgré la vogue qui en a consacré l'usage, souvent irraisonné, présente un inconvénient très grave et que ne peuvent nier les véritables cliniciens : c'est un corps gras, notoirement indigeste, et d'action d'autant plus nuisible sur les voies digestives, qu'il doit être administré, pour agir, en quantité importante. Les partisans intransigeants de ce médicament nauséeux soutiendront sans doute que les enfants digèrent admirablement l'huile de foie de morue : c'est souvent exact ; mais ils ne disent pas ce que deviennent, à la longue, après plusieurs années de ce traitement, ces estomacs et ces intestins surmenés par l'élaboration du corps gras, ni quelle est l'origine, souvent insoupçonnée, de ces dyspepsies et de ces diarrhées rebelles, fréquemment observées. Combien de fois n'avons-nous pas entendu des mères de famille nous dire naïvement : « Mon enfant digère très bien l'huile de foie de morue, mais depuis qu'il en prend il n'a plus d'appétit ». Voici un médicament qui, en créant des candidats à la dyspepsie et à l'entérite chronique, fait payer cher ses bons effets !

Que sera-ce encore si, d'accord avec les conclusions expérimentales de De Yongh et celles plus récentes de Gautier et de Mourgues, on emploie, comme étant la plus active, l'huile de foie de morue brune, c'est-à-dire cette variété obtenue des foies fermentés, riche en ptomaïnes, et devant à la présence des acides butyrique et acétique libres une âcreté repoussante et funeste à l'estomac?

Il est bon de rappeler enfin que l'huile de foie de morue est malheureusement devenue un gros produit commercial sur lequel s'exercent de plus en plus la concurrence et la spéculation et que, pour faire face aux difficultés créées par les mauvais résultats des pêches et vendre des produits à bas prix, certains producteurs ou intermédiaires, n'ayant cure de la santé publique, n'hésitent pas à la mélanger d'huiles étrangères, inertes ou nuisibles.

Que dire enfin des émulsions qui, sous couleur de modifier avantageusement l'huile de foie de morue, la rendent plus indigeste encore par l'addition abondante de mucilages insolubles, de produits chimiques plus ou moins bien supportés et d'essences destinées à faire avaler le tout sans dégoût? D'ailleurs les émulsions, diluant l'huile à 50 0/0, s'imposent à doses doubles pour obtenir les mêmes résultats ; il n'est pas besoin d'insister pour conclure qu'elles ne font que masquer des vices qu'elles aggravent.

Frappés des inconvénients réels et sérieux que présente le produit animal, certains observateurs judicieux, parmi lesquels il convient de citer le docteur Gressy, de Carnac, ont étudié, comparativement à celle de l'huile des gadoïdes, l'action curative des algues marines. Il était vraisemblable que la plante, vivant dans le même milieu que l'animal, dût présenter une composition et des vertus thérapeutiques analogues à celles du foie du poisson. C'est ce que l'expérience clinique a catégoriquement prouvé.

Les algues possèdent en effet la propriété d'absorber, de condenser, une quantité relativement considérable d'iode, de brome, de phosphore. Dans le *Fucus vesiculosus*, en particulier, Eschle a constaté l'existence d'une combinaison organique d'iode, soluble dans l'alcool et dans l'eau et s'y rencontrant dans la moyenne de 0,02 pour 100, exprimé en iodure de potassium.

Outre les principaux éléments inorganiques cités, les fucus renferment également de notables proportions de gélose, substance hydrocarbonée, éminemment analeptique et respiratoire. A ceux qui, dans l'huile de foie de morue, ne considèrent comme élément actif que le corps gras, il est bon de signaler ce dernier principe qui, tout en procurant les bénéfices physiologiques des hydrates de carbone gras, n'en présente pas l'indigestibilité ; c'est par le dédoublement des albuminoïdes que cette substance concourt à l'engraissement.

La fucoglycine du docteur Gressy, actuellement préparée par Le Perdriel, et renfermant les principes actifs hydrocarbonés et iodo-bromo-phosphorés des *Fucus vesiculosus* et *serratus* récoltés à l'état frais, administrée aux mêmes doses que l'huile de foie de morue, manifeste une action stimulante spéciale sur le grand sympathique, réveille l'appétit, régularise la nutrition et amende favorablement les scrufuloses et tuberculoses les mieux caractérisées et leurs manifestations locales. L'expérience clinique prouve que l'efficacité de ce médicament-aliment est incontestable et au moins égale à celle de l'huile de foie de morue, avec la digestibilité en plus. C'est, en résumé, un produit de même origine, de composition identique et d'égale valeur, qui doit être considéré comme l'unique succédané naturel de l'huile de foie de morue actuellement connu et donnant des résultats thérapeutiques indéniables, G. LINAS.

Les Polyphosphates organiques

C'est le 24 avril 1894, que le professeur Albert Robin présenta à l'Académie de Médecine sa remarquable étude sur le rôle des glycéro-phosphates. Jadis, c'était le phosphate de chaux surtout qui avait attiré l'attention des thérapeutes : ce sel formant la partie essentielle des os, il semblait naturel, à une époque où la chimie biologique était encore dans l'enfance pour ainsi dire, de le prescrire dans tous les cas où il s'agissait d'apporter à la charpente osseuse un de ses éléments constitutifs ou de parer à une usure exagérée de cette charpente. Mais le phosphate de chaux est fort peu assimilable, il est inerte, pour ainsi dire, et l'on s'aperçut bien vite que les résultats espérés étaient loin d'être atteints. On s'adressa alors à d'autres sels : les pyrophosphates, les lactophosphates, les hypophosphites, etc., tantôt prescrits en nature, tantôt rendus solubles par addition d'acide chlorhydrique ou lactique. Ces préparations sont-elles plus efficaces que l'antique poudre de chaux? On ne saurait l'affirmer, et les recherches modernes ont démontré qu'alors même que l'estomac parviendrait à les dissoudre, on ne serait guère plus avancé : aussitôt que ces préparations arrivent, au sortir de l'estomac, en milieu alcalin, il se fait une neutralisation totale ou à peu près des acides qui maintenaient les phosphates en dissolution. Au contact du suc intestinal, les phosphates, un moment dissous, retournent donc à leur état primitif et redeviennent insolubles, c'est-à-dire inefficaces.

On sait aujourd'hui, grâce au professeur Robin, que l'organisme contient, en dehors du *phosphate de chaux*, les *phosphates de soude*, de *potasse*, de *magnésie* et de *fer*. Chacun d'eux joue un rôle spécial. Si donc on veut remédier à l'insuffisance ou à l'usure des phosphates de l'économie, il faut s'adresser au principe de l'*association médicamenteuse*. Comme il est impossible de trouver dans le monde minéral des composés phosphatés pouvant être assimilés par l'économie, il faut nécessairement s'adresser au monde organique pour rencontrer les combinaisons souhaitées, présentant à un haut degré les conditions indispensables de solubilité, d'absorption et d'assimilation. *Le médicament phosphaté doit donc être d'origine organique ; le phosphate de chaux ne doit pas s'y rencontrer seul, et devra être associé aux phosphates énumérés ci-dessus.*

Les **biscuits polyphosphatés Thésée**, à base de phosphates organiques associés, extraits par procédés physiques spéciaux de substances alimentaires végétales et animales, représentent le phosphate-type, pour ainsi dire. *Pour un gramme, dose contenue dans un biscuit, nous trouvons, en effet, les proportions suivantes de substances actives :* Acide phosphorique, 0 gr. 25. Phosphate de chaux, 0 gr. 40. Phosphate de soude, 0 gr. 05. Matières azotées, 0 gr. 15. Phosphate de magnésie, gr. 05. Phosphate de potasse, 0 gr. 05. Phosphate de fer, 0 gr. 05.

Ces biscuits, rigoureusement dosés, peuvent se conserver indéfiniment : *en raison des phosphates organiques ou glycérophosphates qu'ils renferment, ils constituent un tonique général et un reconstituant de premier ordre.* A la clinique pédiâtrique du Dr VIALLE, de Paris, de nombreux cas de *rachitisme, d'athrepsie, de dyspepsie, d'anémie*, etc., ont été rapidement modifiés par l'usage des **biscuits Thésée**, à la dose moyenne de trois biscuits par jour. D'autres observateurs ont reconnu les avantages de cette médication dans le *nervosisme infantile, les troubles de dentition, le lymphatisme, la scrofule, les diarrhées chroniques, les bronchites chroniques, la tuberculose*, etc.

Chez l'adulte, le triomphe thérapeutique des **biscuits Thésée** consiste dans les *affections du système nerveux, névroses, névralgies, paralysies, surmenage cérébral, neurasthénie*, etc.

Il va sans dire que chez *la femme*, la grossesse et l'allaitement représentent une indication toute spéciale pour l'emploi de ces biscuits.

Chez le *vieillard*, on ne saurait trouver de médicament plus maniable pour lutter contre la *dénutrition*, l'*épuisement prématuré*, la *perte de la mémoire*, etc.

La place nous manque pour entrer dans de plus grands détails au sujet du dosage et du mode d'emploi des **biscuits Thésée** : la brochure qui accompagne chaque boîte, renferme toutes les indications nécessaires à cet égard.

Traitement électrique de la gastralgie hystérique. Contribution de la franklinisation à l'électrodiagnostic, par MM. Apostoli et Planet, (*Société française d'Electrothérapie*, séance du 17 nov. 1898). — A propos de l'observation d'un cas grave de gastralgie hystérique, datant de dix ans, rebelle aux médications classiques, et soupçonnée d'origine tabétique, qui a disparu par la seule franklinisation, ces deux auteurs lisent note, une dont voici les conclusions générales :

1° Certaines gastralgies, manifestement hystériques, peuvent simuler un symptôme précoce et souvent isolé du tabès au début.

2° Le diagnostic différentiel, entre ces deux espèces de gastralgie, trouvera, dans la franklinisation bien appliquée et bien interrogée, un élément précieux de conviction.

3° Le traitement électrique (statique) décèle très rapidement, et dès le début de son application, les états hystériques par la mise en lumière des perversions périphériques de la sensibilité. Il confirme souvent ce diagnostic immédiat par leur mutabilité plus ou moins grande.

4° Ce même traitement électrique, appliqué un temps suffisamment long, combattra avec succès la gastralgie hystérique, dont le diagnostic sera ainsi doublement éclairé par la thérapeutique.

R. Blondel.

Note sur un cas de constipation rebelle, traitée et guérie par le massage de la région de la vésicule biliaire, par Berne (*Journal des Praticiens*, n° 47, p. 742, 1898). — Berne a constaté que, chez certains malades, le massage pratiqué exclusivement sur la région de la vésicule biliaire donne des résultats sensiblement comparables à ceux obtenus par le massage abdominal portant sur l'ensemble de l'appareil digestif sous-diaphragmatique.

C'est là une notion qui peut avoir son importance, attendu que chez certains sujets, l'exécution du massage abdominal « total » est impossible ou contre-indiqué, soit qu'il y ait tumeur abdominale, excès d'adipose sous-ombilicale, hypéresthésie extrême de certaines parties du tégument abdominal, soit encore qu'en raison du jeune âge de certains sujets et de l'exiguité du bassin et de l'abdomen on doive préférer le massage de la région correspondant à la vésicule biliaire en raison de sa plus grande facilité. D'autre part, chez certains malades, la constipation rebelle paraissant devoir être attribuée à ces phénomènes cholestatiques, sur lesquels Spring, du reste, avait jadis attiré l'attention, l'indication de solliciter la contractibilité de la vésicule biliaire semble s'imposer.

Il est évident que l'on devra s'abstenir du massage de la vésicule chez les sujets présentant ou ayant présenté des phénomènes de lithiase.

L'opérateur, se plaçant au côté droit du malade, peut aisément diriger l'extrémité de ses doigts au-dessous du rebord des fausses côtes et les plonger obliquement vers la face inférieure du foie. Les pressions doivent être dirigées de bas en haut, progressivement et avec une extrême douceur.

Le malade doit conserver la position assise ou demi-assise, les genoux fléchis légèrement sur l'abdomen, au lieu de la position couchée ; la première rend en effet plus accessible, surtout dans l'inspiration, l'appareil biliaire excréteur. Berne conseille de choisir le moment de la journée qui correspond à trois heures après le repas de midi.

Un massage ainsi compris, exécuté pendant dix minutes quotidiennement, suffit pour produire, en quelques séances, 10 à 12 environ, les premières selles obtenues sans l'aide d'aucune médication. Trente à quarante jours sont nécessaires pour assurer une guérison durable.

Le passage régulier de la bile dans l'intestin s'accompagne du retour de la coloration normale des selles, de l'abolition de leur fétidité. Le corps reprend de l'embonpoint.

G. Lyon.

Un cas de lithiase pancréatique (Diagnostic et traitement) (*Therap. Monatshefte*, novembre 1898). — Cipriani a pu observer un cas type de cette affection rare et de diagnostic délicat. Il s'agit d'un garçon de 15 ans, qui souffrait de malaria dans le cours de sa 9e année, et ressentit, le 11 avril 1898, quelques heures après le repas, une douleur intense et profonde dans la région hypogastrique gauche : cette douleur, qui s'irradiait vers l'épaule gauche, cessa brusquement au bout de 2 heures. A partir de ce jour, les accès se représentèrent à la même heure toutes les 24 ou 48 heures.

L'examen des fèces, — fait une fois à la suite d'un accès, — révéla la présence d'un petit calcul ovalaire blanchâtre pesant 0 gr. 04, composé de carbonate de chaux pur.

L'état du malade empira de jour en jour; bientôt se présenta une soif inextinguible, de la polyphagie, de la glucosurie (5 gr. par litre). Au moment des accès, on observa, en outre, une sécrétion exagérée de salive.

L'auteur conseilla la gymnastique, les bains, le régime anti-diabétique et la lévulose à la dose de 20 grammes par jour; pour chercher à dissoudre les calculs pancréatiques, Cipriani donna l'acide chlorhydrique à doses modérées.

Le résultat thérapeutique fut remarquable: l'enfant guérit en 15 jours et ne présenta plus d'accidents depuis cette époque.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Injections gélatineuses et régime alimentaire dans le traitement des anévrismes, par HUCHARD (*Journal des Praticiens*, n° 47, p. 739, 1898). — A côté de cas très favorables à l'emploi de cette méthode, M. Huchard en a relaté deux malheureux observés par M. Boinet, de Marseille, et par M. Barth. Il ne s'ensuit pas que la méthode doive être abandonnée; cette médication est d'autant plus rationnelle et précieuse, qu'elle paraît aider la nature dans ses méthodes curatives ; il importe seulement de l'employer avec de grandes précautions. Il y a en effet des précautions pré-opératoires et post-opératoires à prendre.

Le repos absolu est de règle ; il faut de plus favoriser la coagulation en combattant l'hypertension artérielle fréquente chez les anévrismatiques, et l'on y parvient au moyen du régime alimentaire.

Sans doute il ne faut pas revenir à la diète rigoureuse de Valsalva, agrémentée de saignées si répétées et si copieuses que le malade devait arriver à pouvoir à peine lever le bras hors de son lit. Peut-être cependant a-t-on eu tort d'abandonner les petites saignées répétées, d'autant plus que si, sous leur influence, la tension artérielle baisse très légèrement pour se relever ensuite, elle revient rarement à son chiffre primitif, comme Arloing et Vinay (de Lyon) l'ont démontré par de concluantes expériences.

Ce qui importe dans le régime, c'est moins la quantité que la qualité des boissons et des aliments. Ce qu'il faut proscrire dans le régime des anévrismatiques, ce sont les substances riches en toxines alimentaires, douées d'une puissante action vaso-constrictive, c'est-à-dire les bouillons et potages gras, les viandes de toutes sortes et surtout les viandes faisandées et peu cuites, les jus de viande, les poissons et surtout les poissons de mer, le gibier, les conserves alimentaires, les fromages faits.

Les anévrismatiques doivent être soumis, suivant le cas, soit au régime lacté exclusif, soit au régime lacté mitigé ou lacto-végétarien (deux litres de lait par jour, par exemple, tous les légumes, fruits, jamais de viande). Le thé, le café, les liqueurs, les bières fortes, le vin en excès, le tabac sont naturellement défendus.

Les iodures et les médicaments vaso-dilatateurs et hypotenseurs (trinitrine à la dose progressive de 6 à 12 gouttes de la solution au centième) peuvent être utiles, mais jamais autant que le régime alimentaire.

Ce régime a l'avantage de ne pas affaiblir les malades et de les nourrir suffisamment, de diminuer la pression sanguine, de modérer l'action du cœur, d'activer la diurèse et de favoriser certainement l'influence coagulante des injections gélatineuses ou, au moins, de ne pas l'entraver.

G. LYON.

Les injections de gélatine dans le traitement des anévrismes, par LABORDE (*Académie de Médecine*, 31 octobre 1898). — M. Laborde constate d'abord qu'il est difficile d'expliquer l'introduction vasculaire de la solution de gélatine : car la gélatine du commerce n'est pas solubilisable et ne peut donner lieu qu'à des suspensions liquides plus ou moins complètes.

D'autre part, il est évident que le fait de l'introduction intra-vasculaire étant admis, il peut se produire en tout autre lieu du parcours circulatoire que le lieu visé, c'est-à-dire la poche anévrismatique, une action coagulatrice et, par suite, des accidents de nature à réduire singulièrement le bénéfice de l'action curative ou amélioratrice de l'anévrisme.

G. LYON.

Nouvelles recherches sur l'action de la diurétine (KNOLL) **dans les cardiopathies et les maladies des reins**, par SCONAMIGLIO (*Giornale internazionale di Medicina pratica*, novembre 1898). — L'auteur a administré la diurétine dans 31 cas. Dans 19 de ces cas il s'agissait d'affections mitrales compliquant l'artériosclérose. Les résultats furent excellents. Par contre, ils ont été médiocres dans les affections aortiques, dans la cirrhose atrophique et dans la pleurésie.

L'action du médicament persiste assez longtemps après sa suspension.

G. LYON.

Méthode pratique pour injecter l'iode sous la peau dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Medical Record*, 1er oct. 1898). — WILSON INGRAHAM considère que dans la tuberculose pulmonaire, la seule méthode thérapeutique vraiment pratique est la voie hypodermique; car il faut respecter le tube digestif des malades et ne pas oublier que tout traitement de cet état morbide peut devoir être prolongé indéfiniment pour ainsi dire : on est, enfin, beaucoup plus certain de l'absorption par l'organisme des substances médicamenteuses.

C'est surtout quand il s'agit de préparations iodées que ces considérations jouent un rôle prépondérant : l'iode, administré par la voie

hypodermique, constitue une ressource trop négligée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

La meilleure manière d'injecter l'iode est d'adopter l'association médicamenteuse suivante :

Iode	0 gr. 025
Brome	0 gr. 003
Phosphore	0 gr. 0005
Thymol	0 gr. 035
Menthol	0 gr. 035
Huile stérilisée	4 grammes

On commence par injecter quinze gouttes de cette solution : on ne donne jamais plus d'une injection par jour : dose quotidienne maxima, 3 gr. 5. La région scapulaire sera choisie pour faire les injections.

Le menthol et le thymol sont là pour enlever à l'iode ses propriétés caustiques ; si on les supprime de la formule, les injections, d'indolores qu'elles étaient, deviennent extrêmement irritantes. La solution, bien préparée, est rouge cerise et absolument limpide.

L'odeur caractéristique du menthol se manifeste peu de temps après l'injection dans l'air expiré par le malade, ce qui démontre que l'action antiseptique locale est obtenue par ce procédé.

En général, les malades commencent à augmenter de poids au bout de 15 jours de traitement : la fièvre et les sueurs nocturnes cèdent rapidement dans les cas curables. L'expectoration se fait plus facilement et les efforts de toux diminuent d'intensité.

En résumé, on se trouverait en présence d'une méthode efficace, ayant le grand avantage de pouvoir être continuée pendant fort longtemps sans aucun inconvénient.

E. Vogt.

Le traitement de la phtisie, par Samuel Wilks (*The Practitioner*, p. 571, juin 1898). — Dans cette communication, Wilks fait un plaidoyer pour l'air et le soleil. Ce sont les deux principaux remèdes de la phtisie ; le séjour dans les lieux élevés des régions méridionales est le meilleur traitement de cette maladie.

A. Chassevant,

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les hautes altitudes, par Th. Williams (*The Practitioner*, juin 1898). — L'auteur cite les excellents résultats obtenus par cette méthode. Sa statistique personnelle donne 45 0/0 d'arrêt de l'évolution tuberculeuse, 27 0/0 d'arrêt partiel et 5 0/0 de diminution dans la gravité de l'affection. Il insiste sur la sélection nécessaire des malades. L'âge le plus favorable à cette cure est entre 20 et 30 ans : le traitement doit être employé pour combattre la disposition héréditaire ; il est plus efficace si la maladie est récente ; les hémorragiques peu atteints, a lésions limitées, se trouvent bien de ce traitement ; on doit choisir les malades apyrétiques, car la cure des lieux élevés augmente la pyrexie. Il y a contre-indication à ce traitement pour les malades atteints :

De phtisie catarrhale, car le climat froid augmente le catarrhe ;

De cavités doubles et de formes avancées de tuberculose ;

De phtisie laryngée ;

De phtisie aiguë de toute espèce, et surtout lorsqu'il y a grande irritabilité du système nerveux.

Pour obtenir tout l'avantage du traitement, il faut un séjour d'au moins 6 mois et souvent d'un an et plus.

Beaucoup de malades guéris font de la montagne leur résidence habituelle ; tel est le cas dans l'état de Colorado (Etats-Unis qui est peuplé par des tuberculeux guéris.

L'auteur compare les cures d'altitudes aux voyages maritimes, au séjour sur le littoral de la Méditerranée et au séjour à la maison. Les statistiques sont en faveur de la cure d'altitude.

A. Chassevant.

Le traitement à air libre (sanatorium) dans la tuberculose pulmonaire, par Hermann Weber (*The Practitioner*, juin 1898). — L'auteur se fait l'apôtre du traitement par l'air et de la création de sanatoria pour pauvres.

A. Chassevant.

L'actinomycose pulmonaire ; guérison par l'emploi d'huile d'eucalyptus, par Glentworth R. Butler (*Medical News*, t. LXXII, p. 513, 1898). — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 37 ans qui tombe accidentellement à l'eau, en recevant sur la tête une planche, le 9 octobre 1888 ; on l'amena à l'hôpital avec plaie du cuir chevelu et fracture compliquée des os propres du nez. Le 16 octobre, il tousse ; un examen des crachats est négatif ; mais, le 12 novembre, on observe un nombre considérable d'organismes spécifiques de l'actinomycose ; à l'auscultation, on n'observe que des râles à la base droite, râles bulleux peu nombreux. La respiration est difficultueuse. On lui donne de l'huile d'eucalyptus, qui, pénétrant par l'estomac, s'élimine par les poumons. La toux disparaît, ainsi que les phénomènes pulmonaires, le 11 décembre. Si on considère le pronostic grave, qui est de règle dans les cas d'actinomycose, on doit attribuer à l'huile d'eucalyptus ce cas de guérison. L'auteur

donne quelques considérations physiologiques sur le mécanisme probable de l'action antiseptique locale de ce médicament.

A. CHASSEVANT.

Maladies du Système nerveux

Dr R. SÉMELAIGNE
Ancien interne des hôpitaux

Traitement du mal perforant plantaire par l'élongation des nerfs, par CH. CHALAIS (*Thèse de Paris*, 1897). — De tous les traitements employés contre le mal perforant, aucun n'a donné de résultats durables : la récidive survient dans la plupart des cas. Pour obtenir une guérison absolue, il faut s'attaquer à la cause de la maladie, à la névrite. L'opération préconisée par l'auteur est l'élongation des nerfs correspondant au siège du mal (tibial postérieur, plantaire interne, collatéraux des orteils) qui a donné d'excellents résultats dans 19 cas ; sous le nom d'élongation, il faut comprendre trois ordres d'intervention : 1° l'élongation simple pratiquée par Chipault ; 2° la neurotripsie, élongation avec broiement (Reclus et Faure) ; 3° le hersage, dilacération en long des faisceaux nerveux à l'aide d'une sonde cannelée ou même d'un bistouri (Gérard Marchand). L'élongation sera toujours accompagnée, pour donner de bons résultats, du nettoyage chirurgical de la plaie : la maladie ainsi traitée guérit, le plus souvent, sans récidive. Les seuls inconvénients de ce moyen thérapeutique observés jusqu'à ce jour sont : la diminution très prononcée de la sensibilité sur le territoire parcouru par le nerf intéressé et la présence d'élancements sur le trajet du nerf.

SÉMELAIGNE.

Traitement de la sciatique rebelle par le hersage, par Albert MARTY (*Thèse de Paris*, 1898). — Certaines sciatiques résistent à tous les traitements médicaux employés et devant leur persistance, on doit avoir recours à un traitement chirurgical.

Jusqu'ici, le seul employé a été l'élongation, sauf dans le cas de sciatique variqueuse, où Quénu a fait la résection des veines du nerf au niveau de la face profonde du grand fessier. Marty préfère le *hersage* : celui-ci consiste dans la dilacération, à travers le corps même du nerf, des tubes nerveux entre eux au moyen d'un instrument mousse, tel qu'une sonde cannelée. Il a été employé avec succès chez deux malades : comme l'a montré l'étude expérimentale, il a l'avantage de conserver la motilité du nerf, tout en produisant une insensibilité momentanée de celui-ci.

SÉMELAIGNE.

Hoquet hystérique, Faradisation, Suggestion, par le Dr MAREUGE (*Indépendance médicale*, 2 novembre 1898). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 40 ans atteinte de hoquet hystérique qui fut guérie par la faradisation suivant la méthode de Dumontpallier, c'est-à-dire en appliquant le pôle positif sur le trajet du phrénique, tandis que le pôle négatif est promené sur la base du thorax au niveau des insertions diaphragmatiques. Après une première séance, le hoquet avait disparu. Si la faradisation a donné des résultats dans une affection si tenace, on n'en doit pas rapporter l'honneur à elle seule ; l'auteur pense que la suggestion faite à la malade de la nécessité absolue de l'électrisation pour la guérir a peut-être été pour quelque chose dans un si beau résultat. Il méritait cependant d'être signalé, étant donné la difficulté de la guérison par les autres moyens employés habituellement (chloral, pilocarpine, etc.)

SÉMELAIGNE.

Traitement du torticolis spasmodique par la résection du spinal, par M. COUDRAY, de Paris (*XIIe Congrès français de Chirurgie*). — La résection de la branche externe du spinal a donné à l'auteur, chez une femme de 35 ans atteinte de torticolis spasmodique, une amélioration telle qu'elle peut passer pour une guérison. Etant donné que les interventions périphériques ne sauraient agir sur les lésions cérébrales que l'on suppose dans certains cas de cette affection, c'est tout au moins un minimum opératoire auquel on peut s'en tenir, comme traitement de choix, de préférence aux sections musculaires multiples conseillées par Kocher et qui ne sont pas plus efficaces.

Aug. BENOIT.

Traitement de l'insomnie (*Thérapeutique russe*, nos 7 et 8, 1898). — Dans un travail fort intéressant, DOBRIGNSON examine le traitement de l'insomnie.

La cause essentielle de l'insomnie étant le surmenage du cerveau, il faut modifier radicalement la manière de vivre du malade, en la régularisant. Substituer au travail intellectuel un travail physique peu fatigant, prescrire de se coucher de bonne heure, de ne rien manger avant de se mettre au lit et de dormir dans une pièce à température peu élevée.

Parmi les médicaments, la première place appartient aux sels de brome, qui diminuent l'excitabilité des centres nerveux. Mais, comme au bout d'un certain temps l'accoutumance se produit, on est obligé d'augmenter la dose, ce qui, bien entendu, présente un grand inconvénient, car il y a à craindre, dans ce cas, une intoxication assez grave.

L'hydrate de chloral, à la dose variant de 1 à 3 grammes, provoque le sommeil très rapidement, mais, si l'on prolonge son emploi, le chloral détermine une intoxication; plus tard, il exerce une action déprimante sur le cœur.

L'uretan à la dose de 2 à 4 grammes, n'exerce pas d'action nuisible sur le cœur, mais il ne constitue pas un moyen thérapeutique toujours sûr ; en outre, l'accoutumance s'acquiert rapidement.

Le sulfonal, à la dose de 1 gramme à 1 gr. 5, est un bon soporifique, mais il a des effets accumulatifs et détermine des accidents.

Les autres soporifiques ont également des inconvénients plus ou moins importants.

Parmi les méthodes physiques de traitement, la première place appartient à l'hydrothérapie : ablutions froides, enveloppements, frictions, bains de siège et douches d'eau froide déterminent une contraction des vaisseaux cutanés, contraction qui se transforme en dilatation avec le réchauffement consécutif. Le sang, affluant ainsi vers la périphérie, il se produit de l'anémie du cerveau, ce qui entraîne le sommeil.

La température de l'eau doit varier entre 12 et 24 degrés (Réaumur). La séance ne doit pas être par trop courte, car un bain froid, pris pendant peu de temps, excite l'activité cérébrale. Fürstven préconise l'eau tiède qui calme, provoque le sommeil, et rend plus intenses les échanges organiques.

Parmi les méthodes d'électrothérapie, il faut signaler particulièrement les galvanisations de la tête (anode sur le front, cathode sur la nuque) la galvanisation générale et les bains électriques.

B. Taft.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Considérations sur le traitement de la syphilis en général, et de la syphilis tertiaire en particulier. — Le *Journal des Sociétés médicales de Lille* (n° 17 1898) analyse sous ce titre un travail que M. Petrini, de Galatz, vient de faire paraître; c'est fort intéressant, bien au courant, mais actuellement nous ne voulons y voir qu'un point particulier : c'est qu'il constitue une longue et *exclusive* apologie du mercure.

Le meilleur médicament antisyphilitique, pour M. Petrini, c'est le mercure. Et il en cite les divers modes d'administration, commençant avec raison par l'ingestion, souvent suffisante, et pour laquelle le sel qu'il préfère est le tannate hydrargyrique, 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour. Mais, à son avis, ce même mercure, seul ou associé aux toniques, est capable de guérir la syphilis tertiaire *tout aussi bien* que la secondaire, dont elle n'est que la continuation, due évidemment au même agent pathogène. *L'iodure n'est aucunement indispensable; c'est la routine qui en fait continuer l'emploi*, bien plus que la conviction. Ne voit-on pas souvent, d'ailleurs, céder rapidement au mercure les accidents tertiaires ayant résisté à l'iodure?.....

Je suis précisément d'avis, personnellement, que l'iodure est absolument inférieur à son doyen et rival; que, notamment, il ne *paraît* posséder aucun pouvoir préventif et, comme tel, doit être presque éliminé du traitement méthodique, préventif ou opportuniste, — et qu'il a surtout son indication dans les lésions *ulcéreuses* du tertiarisme. Certes, si l'un des deux grands spécifiques devait nous être retiré, et qu'on nous laissât le choix, c'est le mercure, sans hésiter, que nous devrions conserver. Mais aussi, c'est aller trop loin que de sacrifier *a priori* l'iodure; je dirai plus : *nous n'en avons pas le droit*.

Nous n'en avons pas le droit, parce que lui aussi guérit, parfois, des lésions qui résistent au moins partiellement au mercure; parce qu'il est des syphilides rebelles aux deux à la fois, et que nous ne sommes pas trop riches en tout état de cause; parce qu'il est des cas, rares il est vrai, où la stérilité aurait cédé devant l'iodure, bien moins puissant toutefois que son associé; parce qu'une cure hydrargyrique, d'abord impuissante, a pu ensuite réussir, ayant été, la deuxième fois, précédée ou suivie par une cure iodurique; parce que le traitement *mixte simultané* réalise le plus puissant levier que nous ayons en notre possession pour déraciner la syphilis ou telle de ses manifestations tenaces.

Mais M. Petrini irait plus loin, d'après l'auteur qui le commente : Si l'iodure, croit-il, est *inutile* à la période tertiaire, il est *nuisible*, à la période secondaire : « *en activant l'élimination de l'hydrargyre*, il ne lui laisse pas le temps d'agir, d'une façon complète, sur le virus syphilitique. » Si vraiment cette phrase a été écrite par le savant professeur de Galatz, ou même si elle résume son opinion, nous avons le regret, mais le devoir, de combattre résolument ici notre sympathique collègue de Roumanie.

D'abord, je ne suis pas persuadé que l'iodure active tant que cela l'*élimination du mercure* : c'est l'opinion *publique*, je le sais, qui considère le mercure comme un mal nécessaire, source possible de toutes sortes de caries, alopécies, etc., en échange des services spécifiques qu'il peut rendre, tandis que l'iodure est res-

pecté et chéri en sa qualité de dépuratif venant débarrasser l'organisme — non du virus restant — mais du poison *mercuriel*. Je ne crois pas que cela repose sur un fondement scientifique sérieux, et puis, ce qui est indéniable, c'est que, lorsqu'on est en présence d'organismes absolument réfractaires au mercure sous toutes ses formes, on est bien heureux de trouver l'iodure qui, même à la phase secondaire, est encore d'un utile secours et finit souvent par triompher de l'agression syphilitique; à ce point que certains antimercurialistes, sans remonter à Raspail, ont cru pouvoir le prôner exclusivement, même à cette période. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'iodure est, alors, bien moins puissant et moins constamment efficace que le mercure, et que, lorsqu'il réussit, peut-être agit-il, non à titre de spécifique, comme le vif argent, mais à titre d'altérant, de perturbateur, de modificateur profond et rapide de l'économie.

Mais ceci est, en tout cas, une satisfaction toute théorique laissée à nos adversaires. A ceux-ci, toutefois, en déposant la plume de combat, je suis heureux d'adresser des félicitations pour leur apologie du mercure, qu'il convient, en effet, de placer très au-dessus de l'iodure, dans le traitement de la syphilis.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement local des syphilides (*Pphia polyclynic*, 2 juill. 1898). — A. VAN HARLINGEN dit que l'on de doit jamais se contenter du traitement général. Les plaques muqueuses buccales, en raison du danger de contagion, les papules frontales, palmaires et plantaires, qui affichent les malades, doivent toujours être attaquées par des topiques; de cette façon, on empêche l'extension des lésions, on remédie à la douleur ou à la gène, on arrive plus vite à la guérison.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement de la trichorrexie noueuse (*Gaz. méd. d'Orient*, 15 février 1898). — M. HODARA-BEY rappelle qu'il a décrit, dans les nouures blanc grisâtre des cheveux trichorrexiques, un bacille multiforme à aspect bizarre et encapsulé. Il a remarqué que l'ammoniaque dissolvait rapidement la capsule de ce bacille, rendu désormais accessible à l'action des antiseptiques; il a été ainsi conduit au traitement suivant, qu'il recommande pour les cheveux des femmes. Couper l'extrémité de chaque cheveu au-dessus des nodosités; on peut ainsi, chaque jour, déblayer les nouures d'une petite touffe de cheveux, et, dans quelques semaines, toute la tête. Tous les jours, on frictionne tous les cheveux, dans toute leur longueur, avec une solution d'ammoniaque à 5 0/0, et plus concentrée ultérieurement; et puis, sans désemparer, on frictionne les cheveux avec une solution de sublimé au millième. Les peignes doivent être aussi nettoyés avec une solution ammoniacale et conservés dans le sublimé.

M. Leistikov, d'ailleurs, a traité quelques cas de trichorrexie de la barbe, chez l'homme, en faisant, d'une façon analogue, badigeonner les cheveux avec de l'ammoniaque le jour, tandis qu'on faisait la nuit, sur les poils, une onction avec la pommade au sublimé au trois millième.

MOREL-LAVALLÉE.

Le monochlorophénol dans la teigne tondante (*Bull. Soc. Derm.*, 11 sept. 1898). — M. BARBE a expérimenté pendant 5 mois un traitement qui lui paraît avoir donné un résultat assez rapide. Il consiste dans un badigeonnage quotidien avec :

Alcool.....	80 grammes
Monochlorophénol.....	20 —
Essence de lavande.....	10 —

Recouvrir d'un tissu imperméable.

On ne peut encore conclure à ce sujet.

MOREL-LAVALLÉE.

Térébenthine et iode dans la trichophytie. (*Montréal med. Journal*, mai 1898). — GORDON CAMPBELL, médecin-adjoint à l'hôpital général de Montréal, a guéri, en un temps variant de 2 à 8 mois, une épidémie de teigne tonsurante, et recommande le procédé que voici :

Lavage à fond de la tête au savon noir; étancher avec soin, puis, frotter avec l'*huile de térébenthine*, et alors, sans essuyer, faire un badigeonnage à la teinture d'iode. Il se forme une croûte épaisse, brun foncé, qu'on enlève, au bout de quelques jours, avec de la vaseline. Cette application est répétée, au bout de quelques jours, selon la réaction. Les auto-inoculations sont empêchées au moyen d'une couche périphérique d'huile phéniquée à 1/40.

MOREL-LAVALLÉE.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Pommades urétrales et suppositoires urétraux, par JANET (*IIIe Congrès d'Urologie*). — Janet préconise des pommades à la lanoline et à la vaseline, avec du borate de soude, de l'oxyde de

zinc, du protargol, du nitrate d'argent, de l'acide salicylique.

Il fait des suppositoires également.

E. Chevalier.

Pathogénie d'une variété d'urétrite aseptique, par Nogués (*III^e Congrès d'Urologie*). — La conclusion pratique est qu'il faut faire un examen histologique des sécrétions urétrales et une exploration instrumentale du canal. Traiter les rétrécissements et faire les instillations.

E. Chevalier.

Rupture traumatique de l'urètre pelvien, par Jules Bœckel (*III^e Congrès d'Urologie*). — Bœckel intervient dès l'apparition des accidents. Il débride le foyer, place une sonde à demeure, ou bien attend la cicatrisation approximative des plaies. Il fait ultérieurement l'urétrotomie externe avec ou sans cathétérisme rétrograde par cystotomie. Il fait ensuite indéfiniment l'entretien du canal par des cathétérismes.

E. Chevalier.

Une variété de rupture traumatique de l'urètre spongieux, par Escat, de Marseille (*III^e Congrès d'Urologie*). — C'est une rupture de l'urètre spongieux en érection (la muqueuse restée intacte) qui occasionna un rétrécissement rapide en virole, guéri par l'urétrotomie interne et la dilatation.

E. Chevalier.

La taille hypogastrique préliminaire dans la résection de l'urètre périnéal et pelvien, par Jonnesco, de Bucarest (*III^e Congrès d'Urologie*). — Jonnesco pratique d'emblée la cystotomie sus-pubienne pour dériver l'urine et traiter à sec les fistules périnéales ou les rétrécissements.

Suarez de Mendoza approuve cette manière de faire.

Poisson dit que cela est inutile dans la plupart des cas.

E. Chevalier.

Traitement abortif de la blennorrhagie, par Motz (*III^e Congrès d'Urologie*). — Motz fait d'emblée le lavage des 2 urètres.

Guiard fait ce lavage systématiquement. Il emploie la seringue.

E. Chevalier.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique par le cyanure de mercure, par Escat (*III^e Congrès d'Urologie*). — Escat fait des grands lavages au cyanure de mercure à 1, 2, 3, 4 et 5 pour 1,000, en employant chaque fois un litre.

Lavages quotidiens.

E. Chevalier.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique par le protargol, par Nogués (*III^e Congrès d'Urologie*). — D'une façon générale, les résultats sont inférieurs aux grands lavages de permanganate ; mais après ceux-ci c'est le protargol qui représente, en instillations ou en lavages, le meilleur traitement.

E. Chevalier.

Traitement de l'hypertrophie prostatique, par la méthode de Bottini (*III^e Congrès d'Urologie*). — Nicolich réserve l'opération au cas où la cystoscopie montre une prostate très saillante au col vésical.

Motz est de même avis.

Mariachen en est partisan dans les mêmes conditions.

Poisson et Desnos préfèrent la prostatectomie partielle.

E. Chevalier.

Suites éloignées de la vasectomie dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, par Nicolich, de Trieste (*III^e Congrès d'Urologie*.) — La vasectomie peut améliorer beaucoup de prostatiques ; elle fait diminuer le volume de la prostate et améliore les phénomènes morbides.

E. Chevalier.

Nouveaux faits de castration et de résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate, par Loumeau (*III^e Congrès d'Urologie*). — La résection des déférents n'a comme résultat que d'empêcher l'orchite du cathétérisme.

La castration double donne de bons résultats.

E. Chevalier.

Angioneurectomie double dans l'hypertrophie de la prostate, par Albarran et Motz (*III^e Congrès d'Urologie*). — Sur 6 malades, l'angioneurectomie a donné de bons résultats, semblables à ceux de la castration double.

E. Chevalier.

A propos du traitement des prostatiques, par Chevalier (*III^e Congrès d'Urologie*). — Un malade castré depuis 2 ans 1/2 est complètement guéri.

Un malade de 86 ans, soigné depuis 1 an, a été guéri rien que par un emploi prolongé et méthodique du cathétérisme et de la sonde à demeure.

E. Chevalier.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité à l'hôpital de la Charité

Hystérectomie abdominale totale pour un cancer utérin, par le Dr P. Reynier (*Sem. gyn.*, 22 novembre 1898). — L'hystérectomie abdominale totale est aujourd'hui une opération parfaitement réglée, que les procédés actuels permettent d'exécuter avec autant de rapidité et de sécurité que l'opération vaginale, avec l'avantage incontestable d'opérer à ciel ouvert et de n'agir sur les adhérences qu'à bon escient. Réservée autrefois aux fibromes, elle a été appliquée, ces dernières années, avec succès, aux cancers utérins. M. Reynier a fait, depuis le mois de mars, huit hystérectomies pour cancer avec six succès immédiats. La question de la récidive, après un laps de temps relativement aussi récent, est forcément réservée.

M. Reynier a simplifié, d'une façon extrême, le manuel opératoire qui se réduit désormais, pour lui, aux divers temps suivants :

Par le vagin, incision circulaire au bistouri autour du col, circonscrivant la lésion, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Destruction au thermocautère des fongosités trop volumineuses.

Par l'abdomen, la malade étant dans la position de Trendelenbourg, incision large de la paroi, application de compresses protégeant complètement la masse intestinale refoulée vers le diaphragme.

Une pince courbe est placée de chaque côté de l'utérus sur le ligament large, comprimant l'artère utéro-ovarienne en dehors de l'ovaire ; une pince droite est placée au ras de l'utérus, de chaque côté, comprenant la moitié de la hauteur du ligament large. Incision de celui-ci entre les deux pinces.

Incision du péritoine sur la face antérieure de l'utérus, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, et décollement de la vessie jusqu'au vagin. C'est ici que l'incision circulaire préalable du col se montre précieuse et évite de pousser le décollement au dela des tissus sains. Ouverture du cul-de-sac postérieur à l'aide de ciseaux, en employant une autre pince que celle qui a servi pour entrer dans le cul-de-sac antérieur et qui s'est souillée dans le vagin.

L'utérus ne tenant plus alors que par la base du ligament large, il est facile de glisser à ce niveau les mors d'une pince, tandis que l'écarteur sus-pubien, placé entre les deux jambes, protège la vessie.

Quatre ligatures à la fois sont substituées aux quatre pinces posées sur le ligament large, et l'utérus est enlevé sans difficulté.

M. Reynier s'est décidé pour l'emploi provisoire des pinces, remplacées par des ligatures à la fin de l'opération, parce que les ligatures appliquées dès le début lui ont donné des mécomptes, la première anse de soie posée sur un ligament large étant exposée à glisser pendant les tiraillements qu'on exerce forcément pour décoller l'autre.

Par l'ouverture vaginale, un aide introduit une pince qui prend un drain entouré de gaze et présenté par l'abdomen. On termine par un bon lavage du petit bassin, sà l'eau bouillie ou salée et on referme le ventre.

Les contre-indications sont les mêmes que pour toute intervention sur l'utérus cancéreux, c'est-à-dire qu'il vaudra mieux s'abstenir lorsque les ligaments larges seront indurés et que le cul-de-sac antérieur sera envahi. Dans ces conditions, en effet, la déchirure de la vessie et la blessure de l'urétère sont à peu près inévitables. Sur les huit malades de M. Reynier, six étaient dans d'excellentes conditions et ont guéri: deux sont mortes de péritonite, dont l'une présentait une propagation au cul-de-sac antérieur (déchirure de la vessie) et l'autre un envahissement du ligament large (dissection de l'urétère, impossibilité de lier l'utérine, vasotripsie de cette artère à la pince).

R. Blondel.

Emploi de la solution de chlorure de chaux en gynécologie, par le Dr Paul Petit (*Sem. gyn.*, 15 novembre 1898). — L'auteur a employé cette solution, sur les conseils du Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur, de Lille, et en fait un usage journalier dans sa pratique. Récamier, d'ailleurs, employait déja l'eau de chlore, et Deslandes la liqueur de Labarraque étendue pour combattre la putréfaction placentaire. Plus récemment. Doyen la préconisait à la dose de 1 0/0 dans le traitement de la blennorrhagie par les irrigations antiseptiques. M. Petit recommande de préférence la solution d'hypochlorite de chaux, renfermant environ 0 litre 80 de chlore par litre et qui, tout en étant inoffensive pour les tissus, équivaut, comme pouvoir antiseptique, à une solution de sublimé à 1 0/0 (Chamberland et Fembach).

M. Petit donne plusieurs modes de prescription du chlorure de chaux, dont la plus simple est la suivante : additionner 100 grammes de poudre de chaux bien conservée de 1,200 grammes d'eau (c'est-à-dire environ un litre et un verre). Agiter, laisser reposer une heure. Filtrer dans un entonnoir de verre avec un double de papier filtre et sur une bouteille d'un litre. On obtient ainsi un litre de *solution forte* qui sera gardée bien bouchée. — Mettre

dans le bock, un verre de cette solution forte pour neuf verres d'eau bouillie (un quart d'heure) et suffisamment chaude pour obtenir une *solution usuelle* de 40 à 50°. Chaque litre de *solution forte* devra fournir à 2 injections 1/2 environ. Il sera donc bon d'en préparer 2 litres à la fois, soit pour 5 injections.

La solution de chlorure de chaux peut être employée avec grand avantage pour le lavage antiseptique des mains, pour la stérilisation des récipients difficiles à flamber (employer la solution bouillante et la laisser séjourner pendant 5 minutes), enfin pour le traitement de la vulvo-vaginite, de la cervicite tant externe qu'interne, pour la désinfection du cancer inopérable, les escarres de l'hystérectomie vaginale, etc. On peut beaucoup en espérer pour abréger la durée de la blennorrhagie féminine et pour le traitement de l'endocervicite à glaires épaisses. A l'inverse des autres antiseptiques, il délaye admirablement les sécrétions muqueuses, et déterge parfaitement les surfaces irritantes. Etant donné son innocuité pour le péritoine, peut-être pourra-t-on l'employer pour les grands lavages de celui-ci, après les interventions septiques. En laissant de côté l'inconvénient négligeable de son odeur, il ne reste contre lui que son incompatibilité avec les instruments métalliques. Mais, comme on ne l'emploie qu'avant les opérations ou à la fin de celles-ci, et que, d'autre part, il est aisé de faire usage de canules de verre et de récipients de même nature, cet inconvénient ne paraît pas devoir contrebalancer les avantages considérables d'un antiseptique sûr, non irritant, non toxique et d'un extrême bon marché.

R. Blondel.

Traitement opératoire des kystes ovariens infectés (*Association américaine d'Obstétrique et de Gynécologie*, Pittsburg, 20-22 sept. 1898). — Greene Cumston recommande la technique suivante : *1er temps*, incision de l'abdomen ; *2e temps*, rupture des adhérences, ligature de leurs vaisseaux, évacuation du pus au moyen du trocart. Il ne faut jamais se servir du bistouri ; on évitera ainsi tout danger d'infection de la plaie ; *3e temps*, extirpation du sac, ligature et section du pédicule qu'on abandonne dans la cavité abdominale ; *4e temps*, toilette du péritoine au moyen de la solution physiologique de chlorure de sodium. Au cours de cette dernière opération, il faut s'ingénier à ce que la région sous-ombilicale seule soit irriguée ; la table d'opération doit représenter une surface entièrement plane ; le thorax sera légèrement relevé.

E. Vogt.

Obstétrique

Dr DEMELIN
Accoucheur des hôpitaux

De l'utilité de l'allaitement artificiel temporaire dans les cas où la sécrétion lactée ne s'établit que tardivement chez la mère, par le Dr H. de Rothschild (In *l'Obstétrique*, 15 novembre 1898, page 521). — La mère doit allaiter son enfant ; mais le peut-elle toujours et le peut-elle suffisamment ? Nombre de femmes qui veulent allaiter sont souvent des nourrices insuffisantes, bien qu'il soit prouvé, à l'heure actuelle, que la quantité de lait nécessaire au nourrisson pour se développer normalement, est inférieure à celle que l'on admettait autrefois. D'autre part, une femme peut devenir une très bonne nourrice au bout d'un certain nombre de jours (8, 10 et quelquefois 15 jours), alors que pendant les 4, 5, 6, 8 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, la sécrétion mammaire a été minime ou pour ainsi dire nulle.

On ne doit donc pas désespérer et encore moins s'opposer à la montée laiteuse, dès le 4e ou le 5e jour qui suit l'accouchement, sous prétexte que les seins sont insuffisants.

Pendant ce temps, on ne saurait laisser les nourrissons sans aliment, ils s'affaiblissent, diminuent de poids, et n'ayant plus même la force de téter, ils peuvent finir par mourir d'inanition.

Si on a recours à l'allaitement artificiel à l'aide du lait stérilisé, on peut attendre sans danger, pendant un temps plus ou moins long, l'établissement de la lactation. De la sorte, le nourrisson ne dépérit pas, et si l'allaitement artificiel est bien conduit, il permet au nourrisson d'attendre sans souffrance la montée laiteuse, parfois tardive. Ce *modus faciendi* est, sans contredit, un encouragement à l'allaitement maternel, puisqu'il permet à certaines femmes de devenir des nourrices.

Si après 5, 6 ou 8 jours, 10 ou 15 jours, la montée laiteuse ne se produit pas, malgré les efforts de succion de l'enfant, malgré l'emploi de la tétrelle, on aura recours à une nourrice mercenaire et l'on supprimera l'allaitement artificiel.

Si, au contraire, la sécrétion lactée s'établit, on l'utilisera pour l'enfant. Mais deux cas peuvent alors se produire : ou la mère fournit le lait en grande abondance, ou, au contraire, elle n'en donne que des quantités relativement faibles.

Dans le premier cas, on supprimera le lait stérilisé et l'enfant sera exclusivement allaité par sa mère devenue une excellente nourrice. Dans le second cas, tout en utilisant la production des seins, on continuera à donner en complément la quantité nécessaire de lait stérilisé, c'est-à-dire que l'on aura recours à l'allaitement mixte.

Demelin.

Cent césariennes de Léopold, nonante symphyséotomies de Pinard ; statistique actuelle de ces deux opérations à la Maternité de Liège, par CHARLES (*Journal d'Accouchement*, 18 septembre 1898, n° 342). — Sur 100 laparotomies, Léopold a eu 10 femmes et 13 enfants morts.

La symphyséotomie a donné à Pinard : 90 symphyséotomies avec 10 femmes mortes, 11 0/0, et 12 enfants morts, soit 13 0/0.

A la Maternité de Liège, Charles a obtenu par les deux opérations :

10 césariennes conservatrices :

0 femmes mortes.....	0 0/0
0 enfants morts.....	0 0/0

14 symphyséotomies :

3 femmes mortes.....	21,5 0/0
1 enfant mort.....	7 » 0/0

et Charles ajoute : « On doit bien conclure de ces divers chiffres que la symphyséotomie ne semble guère moins grave que la césarienne, au contraire. »

DEMELIN.

Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule (*Wratsch*, n° 26, 1898). — OLSCHEWSKY conseille, dans les cas de présentation de l'épaule où la version est impossible, de sectionner la colonne vertébrale.

Ce procédé serait particulièrement utile d'après l'auteur dans la pratique provinciale où, bien souvent, le médecin est appelé trop tard, la version étant devenue impossible. Voici comment Olschewsky procède :

Après avoir préparé la parturiente à l'opération — en prenant les mesures antiseptiques habituelles — il fait une injection sous-cutanée de morphine et d'atropine. Saisissant le bras procidé, il pratique à l'aide des ciseaux de Naegele, une ouverture dans la paroi thoracique par laquelle on introduit le crochet de Braun. Avec ce crochet, on lacère les poumons, le foie et les intestins et, si la chose est possible, on enlève ces organes.

Ceci fait, on introduit de nouveau les ciseaux de Naegele en les poussant jusqu'à la colonne vertébrale qui est sectionnée de la même façon qu'on sectionne la tête. Les doigts de la main gauche, introduits dans l'utérus, protègent cet organe contre les ciseaux.

La colonne vertébrale sectionnée, on introduit le crochet de Braun avec lequel on rend la section complète. De cette façon la position du fœtus est supprimée. Dans le cas où il n'y a pas de procidence du bras, lorsque le fœtus est situé transversalement au-dessus du petit bassin, l'auteur pratique une ouverture dans la portion de la paroi thoracique qui se trouve à sa portée,

Si la tête est forte, que le bassin soit rétréci, l'auteur ne conseille pas — loin de là — de recourir au crânioclaste.

Pour l'auteur, le procédé que nous venons de décrire est préférable (?) à la version lorsque celle-ci présente des difficultés et doit avoir pour conséquence inévitable la mort du fœtus.

B, TAFT.

Les injections sous-cutanées à 0.9 0/0 de chlorure de sodium dans la fièvre puerpérale, (*70e Réunion des Naturalistes et Médecins allemands*, Dusseldorf, 19-24 septembre 1898). — EBERHARDT se montre tout spécialement satisfait des injections chlorurées sodiques à 9 00/00 dans le traitement de la fièvre puerpérale, surtout de la forme septique. On se trouve souvent alors en présence de femmes chez lesquelles des vomissements incoercibles rendent illusoire toute introduction de liquides par la voie stomacale. Or, il faut s'opposer à tout prix à la déshydratation de l'organisme. On injectera un litre à la fois : l'effet est diurétique, ce qui permet l'élimination par les reins des toxines ; ces dernières ne sont éliminées, grâce aux injections, qu'à l'état de dilution, aussi n'exercent-elles aucune action nocive sur le parenchyme rénal.

La méthode est très simple à appliquer : l'orateur la recommande vivement aux praticiens allemands, en leur rappelant que les thérapeutes français ont enregistré de nombreux succès, grâce à elle, dans la fièvre puerpérale.

E. VOISIN.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN
Ex-Interne des hôpitaux

Sur le traitement de l'atrophie infantile par l'emploi méthodique du lait stérilisé. — M. G. VARIOT, à la séance de la *Société médicale des Hôpitaux* du 11 novembre 1898, a montré les bons effets du lait stérilisé dans le traitement de l'atrophie infantile. Il donne ce nom à ces états morbides dans lesquels l'enfant a un poids notablement inférieur à celui qu'il devrait avoir, et il insiste pour que, dans ces états, la quantité du lait stérilisé administré à l'enfant soit proportionnée, non pas à l'âge de l'enfant, mais à son poids.

Quelle que soit la cause de l'atrophie infantile, troubles dyspeptiques gastro-intestinaux, insuffisance d'alimentation, syphilis, tuberculose, rachitisme, infection rubéolique, coqueluche, bronchopneumonie, on peut espérer la guérir en maniant avec soin et prudence le lait stérilisé.

Il ne fait une exception que pour les vrais athrepsiques de Parrot, ceux dont l'atrophie est dans un rapport qui varie d'un demi à deux tiers avec le poids normal. En espaçant convenablement les tétées, en donnant une quantité de lait bien proportionnée au poids de l'enfant, on arrive, en une ou deux semaines, à observer un accroissement régulier du poids. Dans les cas où l'atrophie est due à des troubles dyspeptiques gastro-intestinaux, le lait stérilisé suffit le plus souvent ; dans quelques cas, cependant, l'auteur a eu recours au tanin et à l'acide lactique associés en potions pour modérer le flux intestinal. M. Variet a constaté plusieurs fois l'influence favorable du lait stérilisé pour la cure des nourrissons atrophiques et rachitiques ; ce lait, d'ailleurs, contient jusqu'à 4 ou 5 grammes de phosphates terreux par litre et les phosphates sont, sous cette forme, très assimilables.

Plusieurs nourrissons atrophiques, syphilitiques héréditaires offrant des stigmates évidents, ont pu être élevés ainsi au lait stérilisé en recevant simultanément le traitement spécifique.

E. Thiercelin.

De l'emploi des injections de sérum artificiel chez les enfants tuberculeux. — M. Blache a fait au IVe Congrès de la tuberculose une communication tendant à établir les bons effets des injections de sérum artificiel chez les enfants tuberculeux.

Cette médication, qui avait été condamnée par M. le professeur Hutinel, qui la considérait comme dangereuse, des poussées de tuberculose aiguës étant à craindre, a été réhabilitée par M. Blache, qui donne les conclusions suivantes :

Les injections de sérum sont bien supportées par les enfants ; jamais il n'y a eu de réaction fébrile ; si les lésions pulmonaires n'ont pas été améliorées très vite, l'état général a toujours paru avantageusement modifié. En résumé, innocuité absolue, et résultats thérapeutiques meilleurs.

L'auteur commence par faire des injections de 1 à 2 grammes pour tâter le terrain, puis il arrive assez rapidement à des doses de 10, 20, et 50 grammes et plus : pour éviter qu'elles ne soient douloureuses, il fait tiédir au bain-marie le sérum et procéder lentement à l'injection.

E. Thiercelin.

Des bons effets de l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques et scrofuleux (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 juin 1896). — M. Saint-Philippe recommande l'usage de l'iodure d'arsenic dans le traitement de la scrofule. L'iode est certainement le médicament de choix dans les manifestations de la petite scrofule ; mais, en général, les préparations où entre ce médicament sont infidèles et faibles, comme l'iodure de fer, ou difficiles à administrer aux enfants, comme la teinture d'iode et l'iodure de potassium, ou enfin très irritants, comme l'iode en nature.

Dans les manifestations de la scrofule, dermites suintantes, ophtalmies, coryza à gros nez et à grosses lèvres, catharre naso-pharyngien persistant après l'ablation des végétations adénoïdes, bronchites à répétition, entérites sans phénomènes douloureux, diarrhées fétides, gros ventres simulant le carreau, l'iodure d'arsenic prescrit et employé d'une certaine façon, a produit des modifications remarquables.

Il est probable que les effets physiologiques de ces deux corps unis s'ajoutent pour produire un effet utile sur l'organisme, l'iode agissant comme substitutif, comme résolutif, comme modificateur des sécrétions ; l'arsenic, médicament d'épargne, parant aux déperditions, remontant la nutrition languissante et retardée.

L'auteur emploie l'iodure d'arsenic anhydre en solution aqueuse à 1 pour 100 préparée *à froid*. Il s'administre par gouttes, soit dans une cuillerée à café d'eau ou de lait très sucrés avant les repas, soit mieux et suivant l'âge, dans le premier verre d'eau et de vin aux repas mêmes, de la façon suivante, par exemple :

Iodure d'arsenic	0 gr. 50
Eau distillée.....	50 grammes

en prendre cinq, dix, vingt et même trente gouttes par jour (dix gouttes contenant environ 0 gr. 01 de médication active).

Il est prudent de commencer par de toutes petites doses. Chez les tout jeunes enfants, l'auteur a quelquefois débuté par une seule goutte matin et soir, pour arriver à dix ; il a rarement dépassé vingt-cinq gouttes même chez les enfants plus âgés. A cette dose, l'intolérance se produit souvent.

Les accidents qu'elle peut occasionner sont bien minimes : quelquefois un peu de diarrhée, un peu d'inappétence, un peu d'excitation et d'insomnie : il n'y a alors qu'à suspendre. Après avoir procédé par progression ascendante, on laisse l'enfant quelques jours à la dose *maxima*, puis on redescend en suivant la progression inverse, pour recommencer ensuite, après quelques jours de repos.

L'iodure d'arsenic échoue à peu près constamment dans l'herpétisme vrai ; il réussit à merveille, au contraire, sur le terrain strumeux.

E. Thiercelin.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'anésone *(Klin. ther. Wochenschrift*, n° 39, 1898). — Sternberg a fait quelques essais avec le trichloropseudobutylalcool ou acétone-chloroforme, auquel on a donné le nom d'anésone. Il a pu reconnaître que cet anesthésique local ne provoque aucune réaction au point d'application, et n'est pas dangereux. L'anésone se présente sous forme d'une solution aqueuse prête à être injectée, dont l'activité anesthésique correspond à une solution de 2 à 2 1/2 0/0 de cocaïne.

Les 14 malades anesthésiés par l'auteur se sont fort bien trouvés de l'action du médicament nouveau. Dans presque tous les cas, l'injection de 2 grammes environ d'anésone dans les tissus qui devaient être soumis au traumatisme chirurgical a provoqué une anesthésie complète. L'effet se produit de suite après l'injection : on n'est pas obligé d'attendre 3 à 10 minutes comme avec la cocaïne. Cette particularité permet d'utiliser l'anésone pour anesthésier les points de suture : on injecte, au point où passera l'aiguille, quelques gouttes de l'anesthésique, et l'on peut suturer sans que le malade ne ressente aucune douleur.

En présence de processus inflammatoires de nature phlegmoneuse (cette pierre de touche de l'anesthésique local), on parvient aussi à obtenir un résultat complet, mais il ne faut pas craindre d'employer, dans ce but, les fortes doses (jusqu'à 17 grammes dans un cas de l'auteur) ; les opérateurs qui n'ont pas réussi dans les cas de ce genre avec l'anésone ont procédé avec trop de timidité. Selon l'expression de Rubinstein, tout le territoire doit être submergé par l'anésone.

On fera toujours bien d'anesthésier la surface cutanée avec le chlorure d'éthyle avant de procéder à l'injection hypodermique, pour éviter la petite douleur que produit l'aiguille en perforant la peau.

L'auteur, à la suite d'une série d'essais prudemment gradués, est arrivé à reconnaître que le champ d'action du nouvel anesthésique est beaucoup plus grand qu'on n'aurait pu le supposer. On peut, avec le secours de l'anésone, ponctionner sans douleur de grandes articulations, extirper des lipômes, des angiomes, des kystes athéromateux, etc.

E. Vogt.

Emploi interne et externe du xéroforme (*Wiener med. Blætter*, 2 août 1898). — Ehrmann se sert depuis plus d'un an du xéroforme (tribromophénol-bismuth), poudre fine, vert jaunâtre, présentant une odeur faible de phénol. Le médicament se décompose dans l'économie, aussi bien en présence des acides que des alcalins, et exerce de cette façon une action antiseptique. Les 210 cas traités ressortissent aux affections les plus variées, ainsi qu'à des plaies chirurgicales : ces dernières, saupoudrées de xéroforme, ont toujours guéri par première intention. Mêmes résultats en présence de suppurations de panaris, de phlegmons, de chancre mou, etc. On évite par l'emploi de ce topique la formation de granulations exubérantes, les eczémas artificiels. Les ulcères de jambes, traités par application sur la plaie ulcéreuse de xéroforme recouvert d'emplâtre de savon salicylé se modifièrent rapidement au point de vue de l'abondance de la sécrétion. Il faut toutefois éviter de saupoudrer trop fréquemment (il suffit pour l'ulcère de jambe de faire cette application une fois par jour) les plaies cavitaires pour éviter la formation de croûtes épaisses. Les ulcérations tuberculeuses, tout spécialement, semblent devoir être justiciables de ce traitement, comme aussi les dermatoses superficielles étendues, s'accompagnant d'hypersécrétion (érosions, balanite, eczéma, suintements, surtout de la région anale).

Pour l'eczéma péri-anal rebelle, il sera indiqué de joindre la médication interne (2 à 4 cachets de xéroforme à 0 gr. 50 par jour) au traitement local : on sera alors fort surpris de la rapidité d'action de ce médicament. Ces succès ont engagé l'auteur à essayer le xéroforme à l'intérieur dans divers cas où les manifestations cutanées paraissaient être en relation intime avec les processus de fermentation intestinale (urticaire chronique, dermographisme) : il a obtenu 23 guérisons et 7 améliorations sur 31 cas.

E, Vogt.

Emploi diététique et thérapeutique de vins non alcoolisés (*Therap. Monatshefte*, novembre 1898), — Marcuse expérimente, en ce moment, l'action de liquides préparés, en Thurgovie, par le Pr Muller avec des raisins et des fruits à cidre. En sortant du pressoir, le jus est pasteurisé (de 40 à 60°, suivant l'espèce des fruits), puis filtré, mis en bouteilles et pasteurisé à nouveau au bout de quelques jours. Ces vins spéciaux se conservent sans changement pendant des années : ils sont, grâce au sucre de raisin qu'ils contiennent, très digestifs et nutritifs.

Avec quelques modifications de détail, on arrive à préparer des vins analogues avec des myrtilles, des groseilles, des cerises, des fraises, etc. Tous ces produits sont limpides et présentent un arome remarquable. Leur teneur en sucre ne les rend pas écœurants : plusieurs

sont du reste plutôt aigrelets : ils se mélangent très bien à l'eau.

Marcuse prescrit ces boissons dans tous les cas où l'alcool est contre-indiqué, ainsi que dans certains troubles nerveux, la migraine, etc. ; on observe un effet légèrement laxatif sur le tube digestif au début de l'emploi.

En résumé, ces liquides peuvent avantageusement remplacer les sirops et les liquides alcooliques : on ne saurait trop recommander l'extension de ces méthodes de fabrication à tous les pays producteurs de vin et de cidre ravagés par l'alcoolisme.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

(*Suite*)

Suralimentation. — Le régime précédent est le régime normal ou régime de départ. (Granche).

La suralimentation, qui sera instituée progressivement, sera composée de lait, d'œufs, de viande crue, etc.

La *viande crue* pulpée se prépare de la façon suivante :

On prend 150 grammes de viande de bœuf ou de mouton (après enlèvement des déchets : vaisseaux, nerfs, graisse, aponévroses, ces 150 grammes ne représentent plus guère que 100 grammes) ; on la râcle avec un couteau à lame mousse pour la débarrasser des parties fibreuses, etc, ; on pile sur un mortier la pulpe ainsi obtenue, puis on la passe au tamis.

La pulpe sera incorporée à du bouillon tiède dégraissé, à une purée de féculents, à de la gelée de fruits.

La *somatose* sera donnée à la dose d'une cuiller à café, trois fois par jour, dans une tasse de bouillon ou de lait.

Nombre de repas. — Ne pas trop multiplier le nombre de repas.

1er déjeuner : devra être pris de bonne heure (7 heures) ; se composera d'œufs ou de viande froide, de lait, de pain grillé avec beurre.

1re collation : à 10 heures du matin. Une cuillerée à soupe de pulpe de viande dans du bouillon.

2e déjeuner : sera le repas le plus copieux ; se composera d'œufs ou de poisson, d'un plat de viande, d'un plat de légumes, d'un dessert et, en outre, d'une cuillerée de pulpe de viande.

2e collation : à 4 heures. Lait.

Dîner : pas de potage, un rôti, un plat de légumes féculents, une cuillerée de pulpe de viande.

Cure d'air. — Comprend la cure à l'air libre et la cure climatérique. La première est applicable à l'immense majorité des malades et peut se faire en tous lieux, en toute saison ; la seconde est accessible seulement à un petit nombre de malades privilégiés.

Cure a l'air libre. — Pendant le jour et en été, séjour sous un abri quelconque, protégé contre les rayons solaires ; pendant l'hiver dans une galerie couverte, où les malades sont étendus sur des chaises longues, chaudement vêtus, enroulés dans des couvertures.

La cure d'air est facilitée par le séjour dans des établissements (sanatoria) spécialement aménagés pour le traitement des tuberculeux :

Sanatoria français : Canigou (au-dessus du Vernet, Pyrénées-Orientales). Durtol (près de Clermont-Ferrand, Puy-de-Dôme).

Pendant la nuit, la cure d'air se fait dans la chambre à coucher, dont les fenêtres sont ouvertes (les persiennes étant closes). La fenêtre sera ouverte, quelle que soit la température ; elle sera fermée seulement en cas de pluie ou de brouillard. Pendant l'hiver, la chambre à coucher sera chauffée (avec du feu de bois, de préférence).

Cure climatérique. — *Stations d'hiver.* La plupart des stations hivernales sont méditerranéennes : Cannes, Menton, Grasse, Tamaris, Hyères, Monte-Carlo, Ajaccio, Alger (Mustapha).

Amélie-les-Bains, Pau (climat sédatif).

Montreux, Territet.

Stations d'été. — Pas d'indications spéciales ; séjour à une altitude modérée, 5 à 600 mètres.

Climats d'altitude. — Toutes les montagnes de la Savoie, du Dauphiné, de la Suisse, des Pyrénées.

Climats marins. — En été, la plupart des stations maritimes, quand la tuberculose est apyrétique, à forme torpide.

En automne : Arcachon, Biarritz, Dinard.

Cure de repos. — La cure de repos complète la cure d'air ; tous les malades atteints de fièvre

dans la journée, doivent conserver le repos absolu.

Aux malades apyrétiques, on permettra une marche d'une heure le matin, d'une heure dans l'après-midi.

Traitement général :

Huile de foie de morue. — Deux à six cuillerées à bouche par jour, à faire prendre dans de la bière, à additionner d'eau-de-vie, de sirops de quinquina, de gentiane, d'écorces d'oranges amères. Humecter la bouche avant et après l'ingestion de l'huile avec de l'eau, du cognac, du jus de citron, prendre une pastille de menthe, etc.

Huile de foie de morue.....	àà 450 cc.
Eau seconde de chaux.....	

Eau de laurier cerise. 100 grammes
5 à 6 cuillerées à bouche par jour. (Grasset).

Huile de foie de morue.	400 grammes
Sirop de baume de Tolu.	200 —
Teinture de Tolu.....	XII gouttes
Essence de girofle.....	II —

(Bricemoret).

Ne pas émulsionner. Au moment de l'emploi, agiter vigoureusement le mélange. 2 à 3 cuillerées à bouche par jour.

L'huile peut être administrée en lavement chez les malades dont les fonctions digestives sont compromises :

Huile de foie de morue.	600 grammes
Jaunes d'œufs.....	n° II
Eau de chaux.....	400 grammes

(Revilliod).

Injecter dans le rectum d'abord 60 à 70 grammes; élever progressivement les doses jusqu'à 100, 150 et même 200 grammes. Administrer ce lavement nutritif le soir, à l'heure du coucher, à l'aide d'une seringue munie à son extrémité d'une sonde molle qu'on introduit doucement dans le rectum, jusqu'à une profondeur de 0 m. 15 au moins, le malade étant couché sur le côté ; faire précéder d'un lavement évacuateur.

Réserver l'huile de foie de morue pour les malades apyrétiques, ayant conservé l'appétit et dont les digestions sont satisfaisantes. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de tous les autres médicaments.

(*A Suivre*).

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (*Hôpital Saint-Louis*). — M. le Pr Alfred Fournier a repris son cours de clinique syphiligraphique et dermatologique, le vendredi 18 novembre 1898, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis) et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Hôpital de la Charité (*Clinique obstétricale*). — M. Maygrier, accoucheur de la Charité, commencera ses leçons, le jeudi 1er décembre, à l'amphithéâtre Velpeau, à 10 h. 1/2 du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

La Revue des Sciences médicales, dirigée par le professeur Hayem, après 26 années de publication, cesse de paraître. Nous ne pouvons qu'exprimer le regret de la disparition d'un des organes les plus importants et les plus utiles de la presse médicale française.

Les boîtes de secours. — Le Ministre des travaux publics vient de prescrire que les boîtes de secours des gares et des trains de voyageurs soient composées de remèdes et d'appareils en rapport avec les progrès de la thérapeutique et de la chimie modernes. Les Compagnies de Chemins de fer sont invitées à prendre les mesures nécessaires pour la prompte exécution de cette décision.

La réforme de l'expertise médico-légale. — M. Cruppi vient de déposer à la Chambre des députés une proposition de loi tendant à la réforme de l'expertise médico légale. Cette réforme, vivement réclamée par l'opinion depuis l'affaire Druaux et l'affaire Laporte, est également souhaitée par le monde judiciaire et par le monde scientifique.

Dans le projet de M. Cruppi, elle se résume en ces trois propositions : d'abord, créer une liste annuelle d'experts ayant un véritable caractère scientifique ; ensuite, donner au prévenu le droit de désigner un expert qui procédera aux opérations concurremment avec l'expert désigné par

le juge : enfin, dans le cas où il y aurait un désaccord entre ces deux experts, soumettre leur différend à une commmission de super-arbitres composée de sommités scientifiques.

La commission des réformes judiciaires est saisie de cette proposition que M. Cruppi avait indiquée dans son ouvrage la *Cour d'Assises*.

Le doyen des médecins de France. — Depuis la mort du Dr Bossi, du Havre, décédé centenaire, le doyen des praticiens de France est très probablement le Dr Morère, de Palaiseau. Né le 12 septembre 1808, fils du Dr Morère, de Palaiseau, dont le nom fut donné à une fraise célèbre, cultivée dans la région, il fut reçu docteur en médecine en 1834 : il y a donc plus de 64 ans qu'il exerce la médecine à Palaiseau et dans les environs.

Conseiller général, et réélu vice-président de de cette assemblée depuis de longues années, il était, au moment de l'invasion de 1870, déjà maire de sa commune et chevalier de la Légion d'honneur. Par son tact et son sang-froid, il préserva sa commune de bien des réquisitions et de bien des souffrances. La résistance contre les exigences des envahisseurs faillit le faire fusiller par ses derniers, auxquels il sut en imposer par son calme et son mépris de la mort. Sa fille, qui était à cette époque réfugiée en province, porta son deuil pendant plusieurs mois.

Malgré son grand âge, il continue d'exercer son art dans le canton de Palaiseau et dans les pays environnants : sa sûreté de diagnostic, son dévouement et sa charité sont célèbres dans toute la région ; on le rencontre en toutes saisons, par tous les chemins, portant aux malheureux les bienfaits de sa science et de son expérience, et combien souvent sans rémunération. Nous estimons que, parmi les rosettes d'officier données au 1er janvier, il y en aura peu de plus dignement placées que sur la poitrine de ce noble vétéran de la profession.

Nécrologie. — Le Dr Amédée Lamarche fils, de Montréal (Canada), décédé à l'âge de 23 ans. — Le Dr Keller (Théodore), de Paris, bien connu par ses travaux d'hydrothérapie, décédé le 18 novembre à l'âge de 53 ans. — Le Dr Denombré, de Bouron (Seine-et-Marne), reçu en 1881. — Le Dr Hugonnard, de Morestel (Isère), reçu en 1880. — Le Dr Sémelaigne, de Neuilly, l'aliéniste bien connu. Qu'il nous soit permis d'adresser à son fils, le Dr R. Sémelaigne, un des plus estimés collaborateurs de cette Revue, toute la part que nous prenons ainsi que notre Rédaction tout entière à cette perte cruelle.

BIBLIOGRAPHIE

Traités de Chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. *Vient de paraître* : tome VII. *Maladies de la Mamelle, de l'Abdomen, du Péritoine et de l'Intestin*, J.-B. Ballière et Fils, Paris, 1. vol. in-8° de 844 pages avec 115 figures, 12 fr.

Le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le septième volume, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé.

Les Maladies de la mamelle sont traitées en 250 pages par MM. Binaud et Braquehaye, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux : on y trouve exposés, d'après les plus récents travaux publiés en France et à l'étranger, les anomalies, les lésions traumatiques, les affections inflammatoires, la tuberculose et la syphilis mammaires, les affections parasitaires, les troubles nerveux, les tumeurs de la glande mammaire et de la région mammaire.

M. Guinard, chirurgien des hôpitaux de Paris, consacre 300 pages aux *affections chirurgicales de l'abdomen*. La chirurgie abdominale est entrée dans une voie toute nouvelle depuis quelques années : cette monographie est tout entière à lire, pour se tenir au courant de la pratique actuelle. M. Guinard traite successivement des infections du péritoine, des affections traumatiques et non traumatiques de l'abdomen. La technique de la chirurgie de l'estomac est

magistralement exposée. Enfin, avec les maladies de l'intestin, il aborde la grave question de l'appendicite et termine par l'occlusion intestinale.

Les 300 dernières pages du volume sont consacrées à une très importante monographie des *Hernies*, dûe à la plume de M. Jaboulay, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, dont la compétence spéciale sur ce sujet est bien connue.

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans ce septième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

B.

Chirurgie des voies urinaires, par le Dr Edgard Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris. Préface de M. le professeur Guyon (de l'Institut). J.-B. Baillière et fils. Paris, 1 vol. in-16 de 300 pages, avec 80 figures cartonné. 5 fr.

Ce livre est une étude pratique du manuel opératoire de la chirurgie urinaire. Notre excellent collaborateur et ami, le Dr Chevalier, s'est limité au manuel opératoire, qu'il a cherché à décrire simplement et clairement, ce à quoi il a parfaitement réussi.

Il a relaté les procédés les plus importants des maîtres français et étrangers, mais il a principalement exposé la pratique de son maître, le professeur Guyon.

Nous ne saurions mieux faire, d'ailleurs, que de reproduire la préface que le professeur Guyon a bien voulu écrire pour cet excellent ouvrage :

« L'étude pratique du manuel opératoire de la chirurgie urinaire, que publie M. le Dr Edgard Chevalier, a été très longuement préparée. Des notes, rédigées à propos de chacune des interventions auxquelles il a pris part pendant plusieurs années, ou qu'il a lui-même exécutées, lui ont servi de texte. Après avoir beaucoup vu, soigneusement comparé et longtemps réfléchi, il a pu exposer, de façon concise, méthodique et simple, la technique des manœuvres qui servent à explorer avec fruit et permettent d'opérer avec sécurité.

« La chirurgie tout entière exige que l'on n'en aborde l'exercice que lorsque l'on est à même de rendre sûrement service.

« Chacun sait que la chirurgie de l'appareil urinaire offre des difficultés toutes spéciales. Elle expose à de redoutables dangers les malades qui ne peuvent recourir à un chirurgien instruit : mais, par contre, ceux qui la connaissent bien et la pratiquent avec soin sont certainement utiles.

« L'ouvrage de M. le Dr Edgard Chevalier aidera efficacement ceux qui veulent arriver à ce résultat.

« Il met, avec une grande clarté, à la portée de tous, les éléments du progrès technique. Il donne en effet les moyens d'utiliser, comme il convient, les ressources nombreuses et précieuses dont nous disposons pour le diagnostic et le traitement des maladies des voies urinaires. Il montre qu'on ne saurait trop prendre la peine d'apprendre à tirer de leur emploi tout ce qu'elles peuvent donner.

« Il instruira et guidera les élèves, mais, dans bien des circonstances, il servira aux praticiens de tout ordre qui ne sauraient attendre, sans grand préjudice pour leurs malades, qu'un chirurgien de profession soit appelé à intervenir.

« Je suis heureux de présenter au public médical un livre dont je souhaitais, avec bien d'autres, l'apparition ; il m'est particulièrement agréable qu'il soit l'œuvre de l'un des jeunes chirurgiens qui pouvaient l'écrire avec le plus de savoir spécial et dans un véritable esprit chirurgical. »

R. B.

Nme Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'administration du mercure. — La lutte entre les partisans et les détracteurs des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis se poursuit dans les Sociétés savantes et dans les Revues. Le Congrès de Moscou en a reflété les échos, sous la forme d'une très importante communication de M. Jullien. Tous les syphiligraphes sont d'accord sur l'énergie curative toute spéciale qui est le propre des piqûres de sels insolubles, du calomel en particulier. Mais la plupart ont dû reconnaître que les inconvénients sérieux qu'elles comportent, au point de vue de la douleur, de l'impotence fonctionnelle, sans parler de la formation toujours possible des abcès, doivent faire réserver cette méthode puissante pour les cas graves, où il s'agit à tout prix de gagner de vitesse sur l'agent spécifique. Personne ne songe plus guère à faire de ces douloureuses piqûres le traitement régulier, continu, chronique que comporte, pendant trois années au moins, la cure méthodique de la syphilis suivant la méthode toujours classique du Pr Fournier,

Les injections de sels solubles, un peu moins douloureuses, nullement indolores cependant, exigent un traitement *journalier* qui n'est pas à la portée de tout le monde. Pour toutes ces raisons, l'absorption par les voies digestives est restée le procédé le plus pratique, le plus sûr, celui auquel le Pr Fournier est demeuré fidèle et beaucoup d'autres à son exemple.

Malheureusement le principe de l'ingestion une fois admis, toute difficulté n'est pas tranchée, car il n'est point de sel mercuriel qui n'ait ses inconvénients dans la pratique. Le protoiodure est mal toléré par l'intestin, le bichlorure par l'estomac, le bi-iodure est peu actif : trop souvent des gastrites par irritation, des diarrhées douloureuses ont dû faire suspendre le traitement.

L'idéal serait d'employer un sel mercuriel actif, n'irritant nullement les voies digestives, que le malade puisse prendre chaque jour presque sans s'en apercevoir, condition essentielle de sa persévérance. Or, ce sel est connu : c'est le tannate de mercure, et de nombreux essais nous ont appris la parfaite efficacité de son emploi dans les manifestations les plus variées de la syphilis. Combiné à l'iode sous forme d'iodotannate de mercure, il réalise le traitement continu de choix du syphilitique. La préparation de ce sel double est toutefois difficile à obtenir à l'état stable : on y est parvenu cependant et, sous forme de dissolution, dans un élixir vineux faiblement alcoolisé, il constitue l'*Elixir Déret*, dont la réputation est en voie de détrôner peu à peu celle de l'antique sirop de Gibert.

C'est en effet une préparation parfaitement stable, non seulement facile à absorber, mais même agréable au goût, exempte presque complètement de la saveur métallique tardive de toutes les préparations hydrargyriques solubles, résultat aussi précieux qu'inespéré. Pas de troubles digestifs consécutifs, pas de diarrhée ni de coliques, même après un traitement de plusieurs semaines. Bien entendu, l'antisepsie de la bouche et des gencives s'impose comme avec tout traitement mercuriel, si l'on veut prévenir la stomatite inévitable et dont la présence même montre qu'il ne s'agit pas d'une préparation inactive.

Quant aux résultats, les essais entrepris à Cochin, à Laënnec, à Saint-Louis et dans d'autres hôpitaux, ont montré la grande puissance de l'Elixir Déret. Dans les cas mauvais où il a été employé, c'est-à-dire syphilis cérébrale, gommes cutanées, sarcocèle, etc., toujours il a été admirablement toléré, à la grande joie des malades, enchantés de le voir remplacer les piqûres si douloureuses.

Chez les enfants, chez les sujets jeunes et délicats, l'Elixir Déret est, par conséquent, le médicament de choix et son champ d'action s'étendra d'autant plus que la thérapeutique moderne fait bénéficier chaque jour du traitement mercuriel des affections nouvelles autres que la syphilis, telles que le lupus, la tuberculose laryngée et nombre d'affections oculaires, glaucome ou irido-choroïdite.

Le nom d'Elixir Deret n'évoque d'ailleurs aucune idée de traitement hydrargyrique, en sorte que son emploi peut être suivi avec régularité par le malade, sans éveiller l'attention de l'entourage, comme il advient avec les autres préparations, dont le nom trop connu est éminemment révélateur; à l'heure actuelle Chopart, Van Swieten et Gibert sont démasqués, Or il n'est pas d'assiduité sans tranquillité et pas de guérison sans assiduité.

Une invention nouvelle : les Sparklets. — Un grand nombre de nos abonnés nous ayant demandé des renseignements sur cette invention nouvelle, nous déférons à leur désir, et donnons ci-après les explications demandées.

FIG 1

Les Sparklets sont de petits ovules en acier hermétiquement clos et contenant une goutte d'acide carbonique liquéfié, chimiquement pur (un peu plus de 2 grammes).

Pour employer les Sparklets, il faut avoir la bouteille spéciale dont nous donnons ci-contre le croquis et qui se compose d'une bouteille clissée, sur le goulot de laquelle se visse un bouchon métallique C. Dans ce bouchon se place le Sparklet qui se trouve perforé instantanément par une pointe intérieure dès que l'on visse le chapeau à oreilles A.

Au moyen de cet appareil, on rend gazeuse toute boisson quelconque versée dans la bouteille ; avec de l'eau ordinaire on obtient instantanément un soda-water ; avec du vin blanc ordinaire, on obtient du vin mousseux, imitant le vin de champagne. Si, dans la bouteille, on met du lait, on obtient du lait mousseux, sans addition d'aucun liquide étranger et qui, saturé d'acide carbonique, prend un goût légèrement aigrelet, très agréable.

Plusieurs médecins, qui ont prescrit le lait gazéifié dans le traitement des maladies de l'estomac, du tube digestif, et du foie, ont obtenu, nous a-t-on dit, des résultats excellents.

Cet appareil permet également d'obtenir dans l'eau gazéifiée la dissolution des sels de lithine. Il paraîtrait enfin que l'Hunyadi Janos mélangée à du sirop de grenadine et gazéifiée avec un Sparklet devient un purgatif très agréable à prendre. Le Sparklet coûte seulement 15 centimes, et se vend chez tous les pharmaciens.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'Ecrasement et l'Hémostase (1)

Par le Dr E. Doyen

(*Suite*)

Depuis 1896, je n'ai fait de ligatures, dans les opérations courantes, que dans les cas où, à l'ablation de mes pinces, le vaisseau venait à saigner. Je ne me souviens pas avoir pratiqué, depuis la construction de ces pinces à grande multiplication, la ligature de l'artère faciale ; l'épigastrique, la mammaire externe, et presque toutes les artères de calibre analogue sont fermées aussi sûrement que par la pratique méthodique de la torsion.

Devais-je appliquer cette méthode à la chirurgie péritonéale ? J'ai étudié, en 1896 et 1897, avant la publication de ma *Technique chirurgicale*, où je voulais donner des résultats concluants et précis de ma nouvelle méthode, les effets de mes pinces à mors courts dans l'hystérectomie abdominale totale, sur les artères utérines. Ces artères se trouvent obturées, après une compression de 4 à 5 minutes, aussi bien que la faciale.

Mais il m'est arrivé qu'à la fin de l'opération, au moment où je faisais, par exemple, la toilette du vagin, ou bien quelques instants après, une de ces artères, traitée par le simple écrasement, vint à donner du sang. Ce petit accident, qui n'avait pas de gravité, puisque le péritoine était fermé au-dessus du vaisseau par un étroit surjet, m'a obligé, dans 2 ou 3 cas, à pincer l'artère qui saignait au fond du vagin, ou bien à la comprimer directement pendant 10 ou 12 heures, en laissant à demeure un spéculum de Cusco entr'ouvert.

Pourquoi, d'ailleurs, vouloir éviter les 4 ou 6 ligatures qu'exige au maximum mon procédé d'hystérectomie abdominale, puisque l'opération est ainsi plus sûre, et qu'il faudra toujours, que l'on ait ou non lié les artères du champ opératoire, employer un fil pour fermer en surjet les déchirures péritonéales.

La question se trouvant jugée pour l'hystérectomie abdominale totale, où il n'y a à pratiquer qu'un petit nombre de ligatures d'artères, il s'agissait d'appliquer ma méthode à l'hystérectomie vaginale et aux larges pédicules de certains kystes ovariques, pour lesquels la ligature, soit en masse, soit en chaîne, n'est pas sans inconvénients. J'étudiai successivement l'action hémostatique de l'air surchauffé à 300° ou 400°, du marteau de Mayor, de la vapeur, suivant la méthode de Snéguireff, et de la dessication par la chaleur sèche ; l'action d'une anse galvanique incluse dans l'un des mors d'une pince spéciale me paraissait peut-être l'une des meilleures solutions du problème. Aucun de ces procédés d'hémostase ne m'ayant donné de résultats aussi satisfaisants que l'emploi de mes pinces à mors courts, je me trouvai conduit à construire un instrument capable d'écraser extemporanément les pédicules les plus larges et les plus résistants.

Ma pince à mors courts avait une multiplication de 8 et donnait, pour un effort de la main de 70 kilos, une constriction de 560 kilos à l'extrémité des mors, de 1,120 kilos à leur partie moyenne ; il eut fallu, pour écraser avec la même puissance les ligaments

1) Extrait d'un mémoire inédit.

larges, qui exigent des mors de 0 m. 08 de longueur environ, un instrument digne d'un atelier de mécanique.

L'expérience que j'avais de la chirurgie abdominale m'a conduit à construire une pince d'une puissance plus considérable encore.

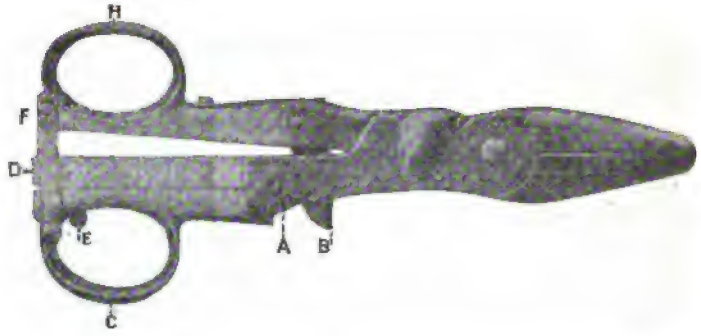


Fig. 1. — Pince-clamp à levier de Doyen.
A dent mobile qui se mettra en rapport (fig. 7) avec l'encoche du tenon B. — C Anneau mobile constituant le bras multiplicateur du levier de 1er genre CA.
B Branche rigide, sur laquelle le levier CA prend son point d'appui. — E crochet destiné à fixer au contact de la branche D l'anneau C qui commande le levier multiplicateur.
Les deux branches de la pince sont maintenues fixées l'une à l'autre par la crémaillère F.

J'ai d'abord songé à munir mon instrument d'une simple vis de rappel et d'un écrou à volant, à l'exemple du céphalotribe et du clamp que j'employais autrefois pour les gros pédicules utérins (*voir plus haut*), mais un tel instrument n'était pas d'un maniement assez rapide : il fallait trouver mieux.

J'ai étudié la question et j'ai apporté à M. Collin, à la fin de l'année 1896, le modèle exact, en carton, de la pince-clamp à levier que j'emploie depuis lors dans presque toutes mes opérations.

Un premier modèle s'est montré trop faible. Un des mors du second modèle s'est brisé, alors qu'il était à peine terminé; j'ai déterminé enfin le modèle définitif, qui, construit

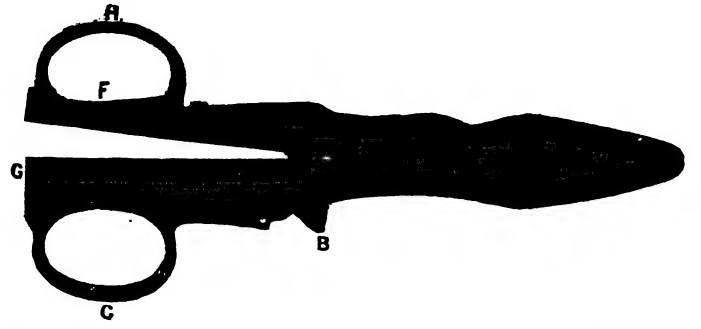


Fig. 2. — La crémaillère F est relevée le long de l'anneau qui la porte, laissant voir le cran d'arrêt G, sur lequel elle vient s'accrocher quand elle se trouve dans la position de la fig. 1.

avec une articulation à angles arrondis et avec des branches d'une puissance considérable sectionne en travers, sous le simple effort de la main, un utérus normal.

Cet instrument, qui a réalisé une nouvelle application des lois de la mécanique, est un levier à double effet. Tant que la dent qui termine la pièce A n'est pas en rapport avec l'encoche du tenon B, et que l'anneau du levier multiplicateur C reste fixé à la branche D,

par le crochet E (fig. 3 et 6), la pince se manie comme une pince ordinaire. Dès que le pédicule est saisi, le crochet E est poussé avec le pouce de la main droite, et l'anneau C est écarté de la branche D jusqu'à ce que le crochet A vienne s'engager dans l'encoche du tenon B (fig. 7). A la multiplication primitive de la pince, qui est de deux, vient

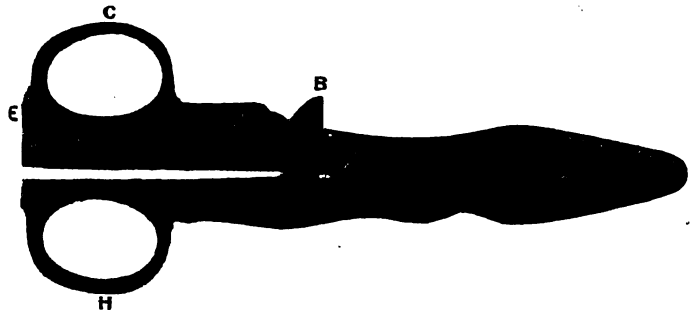


Fig. 3. — Le même instrument, vu sur son autre face, celle qui doit être en rapport avec la paume de la main droite pendant le maniement du levier.

alors s'ajouter l'effort obtenu par la mise en action du levier du 1er genre CA, dont la multiplication est de 10, de telle sorte qu'en rapprochant des deux mains les anneaux de l'instrument, on obtient, à l'extrémité des mors, une multiplication de 2 × 10, et, à leur partie moyenne, une multiplication de 2 × 20. L'effort réalisé par la pression combinée des deux mains étant d'environ 100 kilos, la pression est, à l'extrémité des mors, de 2,000 kilos, et à leur partie moyenne, de 4,000 kilos. Lorsque l'anneau mobile C a été serré jusqu'au contact de la branche D, les tissus saisis entre les mors de la pince sont réduits, si l'instrument est bien réglé, à l'épaisseur d'une feuille de papier.

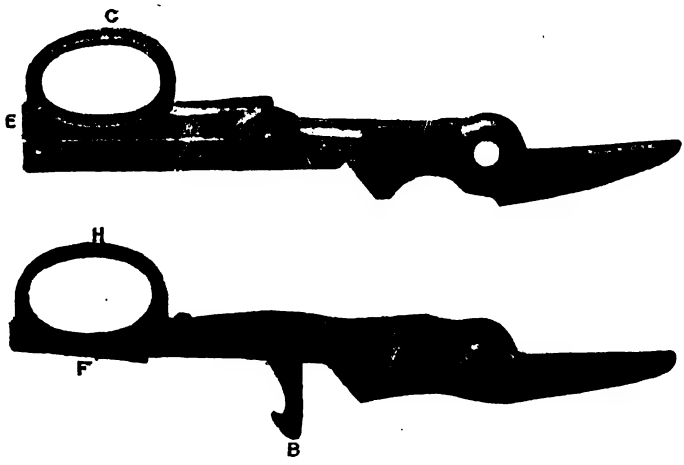


Fig. 4 et 5. — Les deux branches de la pince démontées, laissant voir la taille spéciale de l'articulation, dont tous les angles sont arrondis.

Quand on veut assurer l'hémostase définitive des ligaments larges, il faut replacer avec l'index de la main gauche, le crochet E dans la position de la fig. 3, de manière à fixer, pendant 1 à 2 minutes, l'anneau C au contact de la branche D.

L'écrasement atteint alors son maximum ; les tissus interposés entre les mors de la pince perdent jusqu'à leur eau de constitution et prennent une apparence cornée.

Je coupe au-dessous de la pince, je déclanche le crochet E (fig. 8), et je pousse de l'index gauche le tenon B pour libérer la dent A. Je fixe de nouveau par le crochet E l'anneau C au contact de la branche D, et j'écarte les mors de l'instrument en maniant la pince comme une pince ordinaire à anneaux (fig. 6).

Fig. 6. — La pince est ouverte comme une pince ordinaire, l'anneau C restant fixé par le crochet E au contact de la branche D.

Pour écraser les pédicules que je veux ensuite lier, je me contente d'une forte pression bimanuelle sur les 2 anneaux de la pince, après avoir engagé la dent A dans l'encoche du tenon B, sans fixer momentanément l'anneau C au contact de la branche D par le crochet E.

On modère de la main l'action de l'instrument d'après la sensation que l'on éprouve de la rupture progressive des tissus.

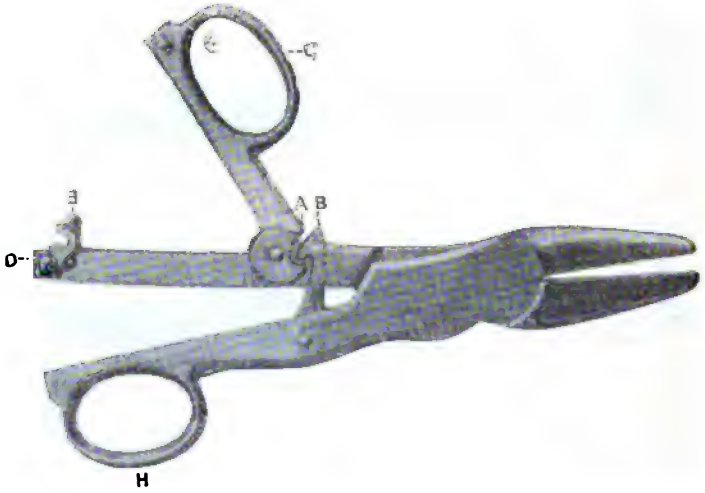


Fig. 7. — Le crochet E vient d'être poussé avec le pouce droit; l'anneau C est écarté de la branche D et la dent A vient s'engager dans l'encoche du tenon B.

Dès que l'écrasement est complet, il ne reste plus entre les mors qu'une mince lamelle fibro-celluleuse qui est presque desséchée quand l'instrument est demeuré en place 1 à 2 minutes.

Le maniement de cette pince est d'une extrême simplicité. Sa puissance est considérable et il est remarquable de constater que l'écrasement des gros pédicules passe presque inaperçu, tellement la manœuvre est rapide.

J'ai appliqué cet instrument, avant le Congrès de Moscou, à diverses opérations péritonéales, notamment à l'ovariotomie et à l'hystérectomie vaginale. Mon but était de supprimer, comme je l'avais réalisé pour la faciale et les artères analogues par l'emploi de mes pinces à mors courts, l'application soit de pinces à demeure, soit de ligatures.

J'ai constaté qu'après une compression de 40 à 60 secondes, on pouvait déchirer ou couper l'étage inférieur du ligament large, dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, sans le moindre écoulement de sang. A la fin de l'opération, j'ai appliqué mon instrument au-dessus des annexes. J'ai observé qu'en ce point il était imprudent de couper le pédicule sans placer une ligature ou bien une petite pince à demeure, la déchirure péritonéale remontant, dès que l'utérus était détaché, très haut dans la cavité pelvienne. Je considère d'ailleurs comme une règle formelle, depuis mes premières opérations abdominales, de ne jamais laisser de surfaces cruentées libres dans la cavité péritonéale.

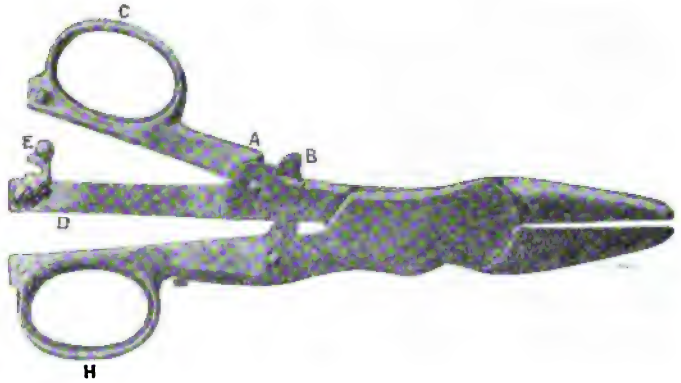


Fig. 8. — Les deux anneaux C et H, saisis à pleine main, sont rapprochés jusqu'à ce que le levier C A vienne au contact de la branche D. Si le chirurgien veut prolonger quelques instants la pression des mors sur les tissus écrasés, le crochet E est replacé par l'index de la main gauche dans la position de la figure 3. Pour ouvrir la pince, pousser le crochet E dans la position de la figure 8, et poussez le tenon B qui se dégage du crochet A. L'anneau C retombe au contact de la branche D. Le crochet E est replacé dans la position de la figure 3 et la pince ouverte comme une pince ordinaire (fig. 6.)

La multiplication de la pince dans la position 6 est de 1×2; la puissance du levier CA est de 1×10. Ces deux puissances se multiplient lorsque les deux anneaux sont rapprochés à pleine main, ce qui donne (figure 8) une multiplication totale de 2×10, c'est-à-dire de 20.

Je me suis aperçu également, dans ces mêmes opérations, qu'en dépit de l'écrasement, la déchirure ligamentaire, qui devenait plus étendue après la toilette de la plaie avec les compresses stérilisées, donnait souvent à ce moment une certaine quantité de sang, et j'ai dû plusieurs fois appliquer sur les vaisseaux utéro-ovariens, avant de placer le tampon de gaze, des ligatures ou des pinces à demeure. Je ne tamponne en effet que lorsque l'hémostase est parfaite et qu'aucune trace de sang ne vient de la profondeur.

J'ai étudié l'action de mon écraseur sur de longs pédicules de kystes ovariques; j'ai constaté que l'hémostase des grosses veines était insuffisante et qu'il eût été dangereux de réduire ces pédicules sans une ligature de sûreté. Ces essais avaient été tellement concluants, qu'autant il m'avait paru opportun de signaler, page 199, dans ma technique chirurgicale, l'inutilité des ligatures après l'emploi de ma pince à mors courts, dans la plupart des opérations courantes, autant j'ai cru devoir faire profiter les lecteurs de mon expérience et leur éviter des accidents dont j'aurais assumé en grande partie, sans

cette précaution, la responsabilité, en écrivant, page 202, ces lignes : «Nous ne conseillons « pas, en chirurgie péritonéale, de couper les pédicules ainsi écrasés sans les lier, une « hémorragie secondaire pouvant se produire dans des cas où l'hémostase semblait, « d'emblée satisfaisante. »

Cette phrase démontrait surabondamment que, si j'avais observé des hémorragies après le simple écrasement avec ma pince à levier, c'est que j'avais coupé les ligaments larges, après les avoir écrasés, sans y appliquer de pinces à demeure ni de ligatures.

Si l'on veut, au contraire, laisser les annexes et couper entre elles et l'utérus, il n'est même pas besoin d'écraser les ligaments larges avec un clamp puissant en ce point où il n'existe pas de vaisseaux importants, puisque la section est pratiquée en dedans de l'arcade artérielle utéro-ovarienne. — On laisse alors les annexes dans la cavité abdominale. — Je me suis assez longuement étendu, depuis 1892, à diverses reprises, sur les inconvénients des opérations inconplètes, pour proscrire ici sans discussion cette technique défectueuse.

Au Congrès de Moscou, où j'ai fait, après mes trois premières séances d'opérations, une longue communication sur mes procédés d'hystérectomie, j'ai insisté tout particulièrement sur l'emploi de ma pince-clamp à levier que je présentais à titre d'instrument nouveau, je me suis expliqué sur tous ces points.

Voici le court résumé de cette partie de ma communication :

« Depuis quelques semaines, à l'aide de la nouvelle pince que j'ai l'honneur de « présenter au Congrès, il est devenu possible d'extirper l'utérus sans lier ni pincer « aucun vaisseau. Autrefois Terrillon, en France, s'est aperçu que l'utérus pouvait « se trouver comme arraché des ligaments larges, sans écoulement de sang appréciable. « Certains chirurgiens américains... extirpent l'utérus en rasant son tissu avec une « sorte de grattoir, et sans pincer ni lier les ligaments larges. C'est réaliser le phénomène « d'hémostase bien connu de l'arrachement d'un membre ou de l'écrasement linéaire de « Chassaignac. Ma pince, que l'on pourrait appeler pince vasotribe, agit beaucoup « mieux. Tandis que l'écraseur étirait les artères en un point très limité, ma pince « rompt les tuniques interne et moyenne et accole les deux feuillets de la tunique externe, « comme j'ai eu l'honneur de le démontrer à ceux des membres du Congrès qui ont « assisté à mes opérations d'hystérectomie à la clinique du Dr Modlinski, de elle sorte « que l'hémostase est assurée pour des artères du volume de l'utérine. Il me suffit donc « désormais, pour libérer tout le segment inférieur de l'utérus, de fixer une minute en- « viron ma pince le plus haut possible sur chacun des côtés du col, et de couper entre ses « mors et l'utérus : rien ne saigne. L'organe entier et les annexes à la vulve, j'écrase « d'un nouveau coup de pince le bord supérieur de chaque ligament large, et si je le pince « ou si je le lie, c'est beaucoup plus pour le fixer au fond de la plaie vaginale, soit en lais- « sant de petites pinces à demeure, soit en fermant le péritoine par une suture en masse, « que pour l'hémostase proprement dite. Cette manœuvre empêche les pédicules, attirés « au cours de l'opération dans le vagin où ils ont pu s'infecter, de remonter très haut dans « la cavité abdominale. »

Depuis le Congrès de Moscou, j'ai appliqué l'écrasement avec ma pince-clamp à levier à la thyroïdectomie, à la néphrectomie, où ma méthode permet de réduire le pédicule à de simples feuillets celluleux, puis à la chirurgie gastro-intestinale (*Cong. Fr. de Chir.*, octobre 1897). L'emploi de mon écraseur se généralise petit à petit, et ma méthode conquiert chaque jour de nouveaux adeptes. J'ai même été copié, avec assez peu de succès d'ailleurs, pour que je puisse recommander à certain de mes collègues de méditer cette appréciation de Broca sur les « imitateurs » de Chassaignac : « Il a seul créé la méthode de l'écrasement

« linéaire ; il l'a vulgarisée et conduite à maturité... Tout ce qu'on a essayé de faire après « lui pour modifier sa méthode n'a conduit qu'à une détérioration, et non à un perfection- « nement. »

Ma méthode ne présente toutefois d'analogie avec celle de Chassaignac que par le mode d'action des deux instruments. Le but poursuivi par Chassaignac et le mien sont très différents :

Chassaignac avait en effet comme principal objectif la section des tissus : la chaîne de l'écraseur remplaçait l'instrument tranchant et ne produisait qu'une hémostase très imparfaite. Mes pinces, elles, ne sont pas des instruments d'exérèse ; elles n'ont pas été construites pour sectionner les tissus, mais pour simplifier l'hémostase en ne laissant subsister des pédicules que le tissu fibro-celluleux. Très souvent, l'accollement des tuniques celluleuses des vaisseaux et le rebroussement de leurs tuniques moyenne et interne suffit pour assurer leur obturation ; dans les régions où une hémorragie secondaire pourrait être à craindre (thyroïdectomie, néphrectomie, castration, chirurgie péritonéale), je place, par mesure de sécurité, une fine ligature de soie dans le sillon creusé par les mors de la pince.

L'opération est ainsi considérablement abrégée, puisque je n'applique que 3 ou 4 ligatures là où il en fallait auparavant 15 ou 20. — L'hémostase est en outre beaucoup plus sûre, puisque les vaisseaux sont déjà presque complètement oblitérés par le rebroussement des tuniques moyenne et interne et que la ligature porte sur leur seule tunique celluleuse.

Cette méthode est très avantageuse dans toutes les opérations où il faut sectionner de gros pédicules : résection de l'épiploon, résection de l'intestin et du mésentère, etc, etc. l'application de l'écrasement à la chirurgie du tube gastro-intestinal présente les mêmes avantages : les tissus friables, ici la graisse mésentérique, la musculeuse et la muqueuse se rompent et s'échappent au-dessus et au-dessous des mors de la pince, où ne restent interposées que la séreuse et la tunique celluleuse des vaisseaux d'un certain diamètre. La ligature en masse, qui est faite dans le sillon produit par la pince, assure à la fois l'occlusion temporaire du calibre de l'intestin et l'hémostase.

Les applications nombreuses qu'a reçues en un laps de temps relativement court la méthode que je viens d'exposer et l'excellence des résultats obtenus placent mes nouveaux instruments d'hémostase, particulièrement ma pince-clamp à levier, au premier rang des conquêtes récentes de l'arsenal du chirurgien.

Traitement de la Blennorrhagie chronique

par le Dr Jules Janet

Ancien interne des hôpitaux (*)

(Suite)

Les suppositoires urétraux, consistent en petites masses de beurre de cacao médicamenteux, que l'on introduit dans l'urètre à l'aide d'instruments spéciaux, ou bien en bougies fondantes que le malade peut lui-même introduire dans son urètre.

Ultzmann préconisait des suppositoires de beurre de cacao en forme de petits bâtons, qu'il introduisait dans l'urètre, principalement l'urètre postérieur, à l'aide du porte-

(*) Une erreur involontaire nous a fait attribuer, dans notre précédent numéro, à notre collaborateur, le Dr Janet, la qualification inexacte de chef de laboratoire à l'hôpital Necker.

N. D. L. R.

remède de Dittel. Ce porte-remède de Dittel est une sonde métallique creuse recourbée, armée d'un mandrin. On introduit le suppositoire dans l'extrémité de la sonde et on le repousse avec le mandrin quand il est en place. Comme doses, il utilisait :

Alun	1 gramme
ou bien Tanin	0 gr. 30 à 0 gr. 50
ou bien Sulfate de zinc	0 gr. 15 à 0 gr. 30
ou bien Nitrate d'argent	0 gr. 10

incorporés à une masse suffisante pour faire 5 suppositoires.

Finger recommande des suppositoires gélatineux de 0 m. 05 de long sur 0 m. 005 de large. On prépare une masse de gélatine blanche capable de faire 10 de ces suppositoires et on y incorpore :

soit l'Iodoforme	0 gr. 50
soit le Tanin	0 gr. 20
soit le Sulfate de zinc	0 gr. 20
soit le Sulfate de cuivre	0 gr. 10
soit le Nitrate d'argent	0 gr. 05

Voici le procédé que j'ai adopté à cet égard :

J'ai fait faire, par M. Gentile, deux moules, que j'ai laissé entres les mains du pharmacien Leclerc. Un de ces moules permet de faire de petits suppositoires cylindriques pleins, de 0 m. 03 de long sur 0 m. 004 de large. L'autre permet de faire des suppositoires de 0 m. 03 de long sur 0 m. 007 de large, arrondis à une extrémité et creusés à l'autre d'une petite cavité cylindrique.

Ces suppositoires sont faits en beurre de cacao et contiennent :

Iodoforme	1 gramme
Beurre de cacao	3 grammes

pour 6 suppositoires.

Oxyde de zinc	0 gr. 30
Borate de soude	0 gr. 10
Beurre de cacao	3 grammes

pour 6 suppositoires.

Alun	0 gr. 30
Beurre de cacao	3 grammes

pour 6 suppositoires.

J'introduis, dans l'urètre postérieur, le premier à l'aide d'un instrument en gomme qui rappelle le porte-remède métallique de Dittel, mais qui est moins traumatisant. C'est un instillateur à large cavité, armé d'un mandrin de gomme; je l'ai fait construire par M. Rondeau. J'introduis, ou je laisse introduire par le malade lui même la seconde à l'aide de l'explorateur-conduit de Mallez, dont l'extrémité fine s'engage dans la cavité du suppositoire.

Je suis peu partisan des bougies fondantes du commerce; les unes sont faites en beurre de cacao, soutenu par une armature centrale de fil; les autres sont entièrement en glycérine solidifiée; j'ai peu de confiance dans la stérilité des premières et je considère que les secondes sont irritantes par leur excipient même, que l'urètre tolère très mal.

La dilatation se fait avec les bougies de gomme, les bougies métalliques ou les instruments dilatateurs à branches.

Les bougies de gomme présentent les variétés suivantes : bougies de gomme coniques olivaires droites de consistance uniforme, plus ou moins rigides, les noires plus rigides, les blondes plus souples.

Bougies coniques olivaires à hampe rigide et extrémité souple, hampe noire, extrémité blonde.

Bougies coniques olivaires à béquille.

Bougies coniques olivaires garnies de grenaille de plomb pour augmenter leur poids.

Les bougies métalliques les plus usitées en France sont les béniqués; il est bon d'en avoir une série à extrémité arrondie et sans pas de vis, et une autre série conique à pas de vis pour l'usage des bougies conductrices. La première série commence au n° 25, équivalent à 12 1/2 de la filière Charrière; le second commence au 18, n° 9 de la filière Charrière. Les meilleures bougies conductrices sont celles dont la moitié terminale est très souple et la hampe plus rigide; leur monture doit se continuer très exactement avec le cône du béniqué, leur longeur ne doit pas excéder 29 centimètres.

Les instruments dilatateurs à branches sont moins souvent utilisés; ce sont des modifications plus ou moins heureuses du dilatateur d'Otis. Les dilatateurs d'Oberlander n'ont que deux branches; une fois fermés, ils sont bien moins volumineux que les suivants, et plusieurs chirurgiens les préfèrent à cause de cela.

Les dilatateurs de Kollmann ont quatre branches, droits pour l'urètre antérieur, à extrémité courbe pour les deux urètres; une fois fermés ils correspondent au n° 23.

Tous ces instruments sont engainés au moment de l'usage dans une capote de caoutchouc pour ne pas risquer de pincer la muqueuse. Leur grand avantage est de dilater l'urètre proportionnellement à ses dimensions naturelles : s'écartant peu dans l'urètre pénien, ils atteignent leur maximum d'extension dans la région bulbaire qu'ils permettent de dilater, si toutefois cela est possible, jusqu'au n° 45 de la filière Charrière.

Plus récemment, le Dr Kollmann a fait construire par Heynemann, de Leipsick, un dilatateur irrigateur dont les quatre branches se rapprochent, sans pouvoir pincer la muqueuse, ce qui permet de supprimer la capote de caoutchouc. Au centre de ces branches, se trouve une tige irrigatrice à double courant qui permet de laver la muqueuse pendant la dilatation. Cet instrument est remarquable comme construction, on pourrait néanmoins lui reprocher d'être trop volumineux (n° 27 quand il est fermé), de ne faire qu'un lavage incomplet, puisqu'une partie de la muqueuse est masquée par les quatre tiges dilatatrices, enfin d'être d'un entretien très délicat.

Quel que soit l'instrument dilatateur choisi, il est nécessaire de se conformer aux règles suivantes :

1° Faire uriner le malade;

2° Laver le gland et le méat avec un tampon de coton imbibé de sublimé à 0 gr. 50/1000, ou au moins d'eau boriquée, si l'on craint l'irritation de l'orifice;

3° Faire un grand lavage de l'urètre et remplir la vessie d'eau boriquée;

4° Pratiquer la dilatation;

5° Faire uriner au malade l'eau boriquée contenue dans la vessie.

S'il y a eu hémorragie, il est même bon de refaire un second lavage boriqué de l'urètre après la dilatation. Ces règles ont été posées par le Dr Lavaux : on leur doit la suppression à peu près complète de toute chance de fièvre de cathétérisme.

Pour le graissage des instruments dilatateurs, j'ai adopté la pommade soluble du Dr Kraus, de Carlsbad.

Gomme adragante	2 gr. 50
Glycérine	10 grammes
Eau phéniquée à 3 0/0	90 —

Mais je préfère remplacer l'eau phéniquée, toujours un peu irritante, par de l'eau distillée, à la condition de faire mettre cette pommade en tubes à peinture que l'on

stérilise ensuite par la chaleur. Cette pommade louchit légèrement à 120°, mais conserve toutes ses propriétés. Elle glisse admirablement bien, et comme elle est entièrement et presque instantanément soluble dans l'eau, elle assure un parfait nettoyage de l'urètre après la dilatation, et un entretien facile des instruments et des mains qui les emploient, enfin elle ne graisse pas le linge ni les vêtements du malade.

On peut combiner le traitement de la dilatation avec le traitement par les pommades en enduisant les sondes dilatatrices avec une pommade dont l'excipient doit être le suivant :

Lanoline	17 gr. 50
Glycérine	7 gr. 50

On peut y incorporer le nitrate d'argent de 1 à 2 0/0, le protargol 2 à 10 0/0, l'airol 10 0/0, etc.

Le traitement endoscopique, dont les applications sont moins fréquentes que celles des procédés précédents, ne doit pourtant pas être négligé. Voici, en quelques mots, la part que je lui accorde dans le traitement de l'urétrite chronique.

Je lui reconnais une grande valeur diagnostique et je considère que l'endoscopie urétrale doit être toujours faite avant de commencer le traitement d'une urétrite chronique si l'état d'infection ou d'irritation, ou le calibre de l'urètre ne s'y opposent pas. Un examen complet de l'urètre antérieur et postérieur peut seul donner des renseignements précis sur l'étendue des lésions et sur leur nature ; néanmoins, comme l'examen de l'urètre postérieur est plus pénible pour le malade, je ne le pratique que dans les cas où les symptômes observés m'engagent à le faire.

L'endoscopie nous révèle, par les modifications de l'élasticité urétrale, par la teinte et la consistance de la muqueuse le degré de profondeur des lésions blennorrhagiques, elle nous montre les infiltrations formant les rétrécissements larges, si difficiles à diagnostiquer quant le méat est étroit.

Elle nous renseigne, d'autre part, sur les lésions glandulaires, si fréquentes dans la blennorrhagie chronique, orifices glandulaires dilatés et rouges, sécrétant des petites gouttelettes de pus, kystes glandulaires, etc.

Elle nous montre parfois des vésicules analogues aux vésicules herpétiques, ou des boursoufflures œdémateuses qui leur ressemblent.

Enfin, elle nous permet de constater la présence des polypes papillomateux ou vermiformes, qui sont relativement fréquents dans les blennorrhagies chroniques.

L'endoscopie de l'urètre postérieur peut nous donner d'utiles renseignements, dans les cas de gonflement ou d'hypertrophie du verumontanum, et dans les cas d'infections des glandules prostatiques.

Au point de vue thérapeutique, l'endoscopie peut également rendre des services, mais il ne faut pas exagérer son importance à cet égard. Son champ d'action est si restreint, qu'on ne peut l'appliquer qu'à des lésions urétrales localisées, somme toute, assez rares dans les urétrites chroniques. Elle n'est guère indiquée que pour l'ablation des polypes urétraux, la cautérisation chimique ou électrolitique des glandes malades, la cautérisation du verumontanum, en cas d'hypertrophie de cet organe.

Je considère que les attouchements des parties malades de l'urètre avec des solutions diverses ne présente aucun avantage sur les méthodes ordinaires de traitement et même ne les valent pas; j'y ai donc absolument renoncé.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 novembre 1898

Présidence de M. le Pr POUCHET, président.

M. Soupault, à propos du procès-verbal, présente une note sur *les troubles digestifs dans les néphrites*. Les accidents digestifs du petit brightisme ne sont pas nettement caractéristiques; on observe des dyspepsies banales de tous les types, car chaque malade réagit à sa façon. Ce sont surtout la dyspepsie flatulente et l'atonie gastro-intestinale qui se développent dans ces cas. Les troubles ressortissant au petit brightisme présentant quelque analogie avec ceux de la neurasthénie; il arrive donc fréquemment que le diagnostic de lésion rénale n'est pas fait et que la maladie s'aggrave à la suite d'une médication intempestive.

M. Mathieu. — Les accidents observés (anoréxie, vomissements, etc.) sont souvent considérés comme prodromiques d'une affection cancéreuse, mais un traitement approprié, tendant à évacuer les toxines alimentaires et à restreindre leur production (régime lacté, purgatifs, grands lavages de l'intestin), donnera des résultats rapides et mettra sur la voie du diagnostic vrai.

MM. Brissemoret et Joanin présentent une note sur *les conditions physiologiques de présence des principes actifs dans les végétaux*. On sait que les plantes médicinales d'une même espèce varient à l'infini. Il y a lieu d'admettre qu'une oxydase, ferment végétal, détruit l'alcaloïde contenu dans les plantes en train de sécher, ce qui expliquerait la disparition lente du principe actif dans les plantes sèches.

M. Bardet donne lecture d'un travail concernant la *composition de l'extrait de laurier*, dû à M. Durieu.

Ce dernier a reconnu que le laurier-rose, si commun sur les bords des torrents de l'Algérie, contient une substance active absolument identique à la strophanthine: on pourrait par conséquent s'adresser au laurier-rose et abandonner le strophanthus, plante rare et fort variable, pour obtenir de la strophanthine.

M. Dalché lit une note concernant *quelques applications chirurgicales de l'acide lactique*. Un auteur russe ayant employé avec succès des lavages à 3 0/0 d'acide lactique, dans les cas de leucorrhée, M. Dalché a repris ses recherches, et a pu reconnaître que ces lavages, aussi bien que l'emploi de glycérine contenant 3 0/0 d'acide lactique, en application locale sur le col utérin, donnaient de bons résultats dans la vaginite et la métrite chronique classique.

M. Camescasse reprend la discussion sur le *lavage du sang* : il obtient les mêmes effets que ceux que l'on attribue à la solution chlorurée sodique à 7,5 00/00, avec des lavements d'eau simple donnés toutes les 3 à 4 heures. On augmente ainsi l'élimination par les reins des toxines accumulées dans les tissus, et l'on obtient un véritable lavage du sang.

M. Le Gendre tient à dissiper une confusion que M. Camescasse semble avoir commise : le *lavage du sang* consiste dans l'introduction directe, dans le torrent circulatoire, d'un liquide qui doit nécessairement se rapprocher de la composition normale du sérum, si l'on veut éviter une altération du protoplasme des éléments figurés du sang. La solution salée à 7 00/00 est en outre indolore, aussi l'a-t-on choisie pour les injections hypodermiques de préférence à l'eau pure, toujours douloureuse. Les lavements ne provoquent pas un lavage du sang ; froids, ils produisent une constriction vasculaire intense de la muqueuse intestinale, avec augmentation consécutive de la tension dans l'arbre circulatoire et augmentation de la diurèse ; chauds, ils n'agissent que lorsque la quantité d'eau injectée est élevée, en diluant les toxines et facilitant leur élimination.

M. Chassevant rappelle que le globule du sang, mis en présence d'un liquide qui ne se rapprocherait pas autant que possible de la composition de sérum normal, subirait des modifications pathologiques importantes.

M. Morange a obtenu, avec les injections rectales d'eau salée, des effets curatifs identiques, en cas d'hémorragies graves, à ceux qu'on obtient avec l'injection hypodermique ou intra-veineuse.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Traitement opératoire des divisions palatines, par M. Edmond Owe, (*66e Congrès annuel, Britsh medical Association*, Edimbourg 1898). — La staphylorraphie n'étant pas une opération d'urgence, il importe que le chirurgien choisisse son temps, et s'assure les meilleures conditions de succès possible. Il veillera à ce que les enfants aient leur dentition en bon état, précaution importante, qu'ils n'aient ni amygdalite, ni tumeurs adénoïdes. La bouche sera nettoyée, plusieurs jours avant l'opération, avec une solution saturée d'acide borique dans de la glycérine. L'orateur donne ensuite la description de l'opération, pour laquelle il maintient la langue hors de la bouche par un fil épais, qui traverse son extrémité, pendant qu'un baillon métallique maintient les mâchoires écartées. La tête de l'enfant est inclinée fortement en arrière, pour éviter l'écoulement du sang dans le larynx; elle dépasse l'extrémité de la table d'opération. Enfin, il ne faut pas, selon lui, pousser à fond l'anesthésie par le chloroforme. L'avivement des bords de la fente, l'incision du bord alvéolaire, pour la formation de deux lambeaux latéraux muco-périostés, que l'on décolle à la rugine sont opérés comme dans le procédé classique. Seulement l'auteur insiste pour que les incisions latérales, passant à travers les muscles du voile du palais, soient aussi larges que possible, afin que le rapprochement des lambeaux se fasse sans le moindre tiraillement, ce qui est une condition *sine qua non* du succès. Les attaches de l'aponévrose du voile du bord postérieur du palais osseux sont divisées avec les ciseaux courbes, avant de passer à la suture, que l'auteur fait avec dix ou douze fils d'argent. Après l'opération, on alimentera l'enfant avec de la gelée de viande faite à la maison; celle-ci est avalée facilement, s'absorbe mieux et expose moins que le lait aux vomissements. Aussitôt que possible, on permettra au jeune sujet de se lever et on le mettra en plein air. Les vomissements chloroformiques ne sont pas trop à redouter pour les sutures; mais, et c'est là un point important de cette communication, malgré l'emploi du spray boriqué, il arrive parfois qu'une invasion de staphylocoques a lieu au sein des tissus lésés et l'on observe, avec une suppuration désastreuse qui détruit l'union des lambeaux, les signes généraux les plus inquiétants. Mais si l'on soigne l'état local, et qu'on attende pendant plusieurs semaines, on peut faire un nouveau rapprochement et une nouvelle suture des lambeaux qui est susceptible de réussir parfaitement, comme l'auteur l'a constaté dans plusieurs cas. La réunion semble ensuite avoir été obtenue par première intention et l'enfant paraît avoir gagné une sorte d'immunité contre une nouvelle infection secondaire.

Aug. Benoit.

De la cholécystogastrostomie, par M. E. Masse, de Bordeaux (*Tribune médicale*, 2 nov. 1898). — Intéressante communication dont les conclusions méritent d'être connues et discutées :

L'abouchement de la *vésicule biliaire* dans *l'estomac* est indiquée pour remédier au cas d'obstruction complète et irrémédiable du canal cholédoque. Cette opération offre, sur la *cholécystostomie* simple, l'avantage de ne pas créer une infirmité et de restituer au tube digestif les éléments, sinon indispensables, du moins très utiles de la bile. Jusqu'ici, on ne l'a employée que comme opération de nécessité, alors qu'il était impossible, pour cause d'adhérences ou de tiraillements, d'unir la vésicule au duodénum ou au jéjunum. L'auteur réclame, pour cette opération, le titre et les privilèges d'une opération de choix, dans tous les cas d'obstruction définitive du cholédoque. Voici les raisons qu'il en donne :

Les expérimentateurs, depuis Ruggero Odi, de Péronne, ont constaté que l'opération est facilement réalisable chez le chien. MM. Dastre et L. Cannac l'ont répétée dans les mêmes conditions avec un succès complet. L'arrivée de la bile en totalité dans l'estomac ne trouble pas, chez l'animal, le travail de la digestion.

L'abouchement peut se faire par la simple suture ou avec un tuteur de caoutchouc, du

macaroni collodionné ou, enfin, des fils de catgut tressés; il est essentiel que l'ouverture soit étroite, afin d'éviter le reflux du chyme dans les voies biliaires, M. Terrier, en 1895, l'a réalisé chez l'homme pour un cas de nécessité (épithélioma de la tête du pancréas avec oblitération du cholédoque); le malade guérit de l'opération et succomba plus tard au progrès de son mal. Ce malade n'a jamais vomi la bile, qui était continuellement versée dans son estomac; il n'avait pas de pigments biliaires dans son urine. Deux autres cas, de Wickloff et Angelberger (Vienne) et de Monod (Paris) ont été publiés; l'un est un succès, l'autre un échec par suite du shock opératoire.

Le duodénum est évidemment le lieu d'élection pour ramener dans le tube digestif la sécrétion biliaire détournée; mais sa deuxième portion est souvent bien peu mobile. Quand il en est ainsi, il y a avantage à recourir à la *cholécystogastrostomie* de préférence à toute autre opération. En effet, l'abouchement avec le jéjunum oblige à remonter une anse, en passant à travers l'épiploon, ce qui crée un coude et expose à des troubles de la circulation des matières. Enfin, une *infection ascendante* des voies biliaires pourrait en résulter. L'estomac, au contraire, se laisse facilement approcher; bien soutenu par l'épiploon gastro-hépatique, il n'exerce aucune traction nuisible. Avec cette méthode et une ouverture étroite, aucun reflux du chyme, aucune infection ascendante n'est à craindre. Il est bon, en outre, de fortifier la suture par une lame d'épiploon. D'autres conséquences, fort importantes, résultent de ces expériences: il est démontré que les dangers que l'on redoute tant de l'influence de la bile sur la digestion, après les abouchements gastro-intestinaux si usités aujourd'hui, sont absolument dénués de fondement. Kocher a, d'ailleurs, montré que, normalement, la bile reflue dans l'estomac. Or, l'on sait que Roux, et avec lui la plupart des chirurgiens français et allemands, attribuent la plupart des échecs de la gastro-entérostomie au reflux de la bile dans l'estomac, véritable fantôme auquel tous les méfaits sont imputables. D'où les procédés de torsion de l'anse anastomosée, de gastro-entérostomie en Y, etc...

Cette manière de faire augmente la gravité d'une intervention fort simple et expose à des étranglements et au rétrécissement de la communication gastro-intestinale, accident bien plus dangereux que le reflux de la bile. Selon M. Masse, il faut agir plus vite et ne se préoccuper en matière de gastro-entérostomie que d'assurer une ouverture assez large et une bonne circulation des matières. Ce dernier point doit être réalisé en laissant à l'intestin la situation la plus normale possible.

Aug. Benoit.

De la jéjunostomie (*Société de Chirurgie*, 9 novembre 1898). — La *jéjunostomie* n'a pas été souvent pratiquée jusqu'à ce jour. Inaugurée en 1878, par Surmay, à l'hôpital Saint-Antoine, elle est indiquée, lorsque l'estomac est envahi par des tumeurs diffuses, on détruit en partie, de telle sorte que la gastro-entérostomie soit impossible. Grâce à elle, on peut, difficilement, il est vrai, continuer à alimenter le malade. M. Terrier, qui a repris cette opération, conseille de l'exécuter en deux temps : le premier consiste à fixer l'anse choisie du jéjunum à la paroi et à traverser l'intestin par un fil, pour marquer les limites de la ponction, qui se fera au thermocautère, dans un deuxième temps. Il faut prendre de grandes précautions, pour empêcher le reflux des liquides injectés qui tend à se faire, sous l'influence des contractions de l'intestin.

Aug. Benoit.

Foie mobile simulant un rein mobile. Hépatopexie, par Genouville (*III^e Congrès d'Urologie*). — Dans un cas d'opération pour rein mobile, on trouva une languette hépatique mobile, que l'on fixa en échelons, comme un rein. Guérison.

E. Chevalier.

Désarticulation inter-ilio-abdominale, par M. Girard (*XII^e Congrès français de Chirurgie*). — Nous avons rapporté les observations assez peu nombreuses qui ont été publiés à ce sujet; en voici deux nouvelles, de M. Girard, qui portent sa statistique à 3 opérations, avec 2 succès et 1 mort, chez un sujet très cachectique, qui ne résista pas au choc opératoire. Cet énorme mutilation, indiquée pour les cas de sarcome atteignant le fémur et le bassin, ainsi que pour les coxalgies réséquées et récidivées, ne paraît pas donner plus de troubles fonctionnels ni de mortalité opératoire que la désarticulation coxo-fémorale, elle-même insuffisante parfois. L'auteur pense donc qu'on peut dès aujourd'hui la compter parmi les opérations classiques.

Aug. Benoit.

Luxation bilatérale traumatique de la hanche, par M. Mauclaire de Paris (*XII^e Congrès français de Chirurgie*).— Un marinier ayant reçu un choc direct d'avant en arrière sur les deux genoux, en voulant empêcher le rapprochement de deux bateaux, eut une luxation symétrique des deux hanches que l'on réduisit facilement par tractions directes. Cela paraît être le meilleur mode

de traitement de cette luxation, assez rare et toujours de cause directe.

Aug. Benoit.

Traitement du pied bot paralytique, par Zani Metaxas (*Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie* de Marseille, octobre 1898). — Pied bot paralytique est presque synonyme de pied bot de la paralysie spinale infantile.

Traitement préventif. — Si la localisation de la paralysie aux muscles de la jambe, fait craindre l'apparition d'un pied bot, il est évident, qu'il faudra instituer un traitement préventif. En dehors des reconstituants, de l'hygiène, c'est surtout aux moyens locaux qu'il faut avoir recours, les bains chauds salés ou sulfureux, les bains de sable, la chaleur sèche, les frictions excitantes, les massages, la gymnastique locale, et, surtout l'électrothérapie sous forme de courants continus sur le trajet des nerfs, des muscles malades et le long de la moelle ; plus tard, des courants induits faibles sur les muscles. Enfin, par des attelles, de petits appareils appropriés, appliqués surtout pendant la nuit.

Quant la paralysie reste complète encore un an après son début, elle peut être considérée comme irrémédiable, et alors seulement on pourrait entreprendre l'arthrodèse. D'après Erb, les muscles qui auraient perdu toute excitabilité électrique depuis deux mois peuvent être considérés comme perdus.

Traitement palliatif. — Dans les pieds bots non invétérés, souvent on obtiendra, par les moyens palliatifs, une amélioration telle qu'une opération ultérieure devient inutile. Le traitement médical indiqué ci-dessus doit être appliqué d'une manière rigoureuse.

On pourra tirer profit de certains appareils, mais on ne doit, en général, les considérer que comme un moyen provisoire dont il faudra se débarrasser le plus tôt possible.

En présence d'une déviation bien établie, et surtout avec un malade, chez lequel il faudra agir vite, si une simple ténotomie doit amener le redressement, il faut la faire le plus tôt possible. Elle peut être sous-cutanée pour le tendon d'Achille, de préférence à ciel ouvert, surtout pour les autres tendons, l'aponévrose plantaire.

Le pied doit être redressé immédiatement et maintenu à angle droit dans un appareil plâtré. Par la suite, le traitement médical doit être continué autant que possible, et même, pendant quelque temps, l'emploi d'un appareil orthopédique, peut maintenir le résultat obtenu et le rendre définitif.

Dans ces cas aussi, si la ténotomie doit amener un grand écartement entre les deux bouts, on peut essayer l'allongement plastique du tendon d'Achille.

Dans le talus enfin, le raccourcissement tendineux par la ténorrhaphie ou la ténectomie, pratiquée sur le même tendon, mettant le triceps dans de meilleures conditions de fonctionnement, peuvent empêcher l'aggravation de la difformité. Dans d'autres cas, si on voit, par exemple, un varus équin s'établir, il faudra le réduire rapidement sous le chloroforme, par le redressement modelant, aidé de la ténotomie au besoin, ou même par une opération de Phelps, qui pourrait être efficace, les malformations osseuses n'existant pas encore.

Après toutes ces interventions, le traitement médical dirigé contre la paralysie doit toujours être continué. De même l'application d'appareils aussi simples que possible est souvent nécessaire.

Pieds bots paralytiques invétérés. — Le malade n'a jamais été traité ; ou bien le traitement précédent, bien ou mal appliqué, a été insuffisant. La déviation s'est reproduite. L'atrophie musculaire est irrémédiable, les rétractions s'aggravent, les malformations osseuses se produisent, le pied bot devient invétéré, ballant ou fixe.

Traitement curatif. — 1° *Pied paralytique ballant.* — Le pied ballant qui ne nécessite aucun redressement préalable est très rare. Habituellement, comme il est secondairement fixé, quelques ténotomies ou même l'ablation de quelques parcelles osseuses seront nécessaires pour bien le placer à angle droit sur la jambe et le fixer par l'opération qui s'impose dans ces cas : l'arthrodèse. La principale articulation à ankyloser c'est la tibio-tarsienne, mais on doit en même temps faire l'arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne. Il est inutile d'enlever la synoviale, comme l'ont proposé quelques auteurs.

Malgré toutes ces précautions prises, les consolidations osseuses sont rares dans l'arthrodèse tibio-tarsienne. Mais les ankyloses fibreuses très serrées qu'on obtient souvent, sont très utiles et peuvent s'opposer à toute récidive. On a constaté souvent qu'après l'arthrodèse le fonctionnement devenant plus actif et plus régulier, la musculature et, en général, la nutrition du membre s'améliorent.

Si le genou est ballant, l'arthrodèse du pied ne servira qu'à faciliter l'application d'un appareil. Pour compléter le résultat et rendre tout moyen prothétique inutile, il faut faire l'arthrodèse du genou. Cette pratique a donné souvent de très bons résultats, mais il faut pour cela que les muscles moteurs de l'articulation de la hanche, ou quelques-uns d'entre eux, soient conservés, que le malade puisse rester debout et qu'il imprime quelques mouvements à cette articulation.

2° *Pied bot paralytique fixé.* — Il faut d'abord redresser le pied. Les ténotomies peuvent suffire dans certains cas. Dans d'autres, le redressement forcé modelant, employé surtout dans le varus équin, mais aussi dans d'autres variétés, doit être essayé. Si des rétractions fibreuses et des malformations osseuses très prononcées opposent un grand obstacle, on doit préférer une opération sanglante appropriée au cas particulier, une tarsectomie assez large pour que le redressement soit définitif.

Il est incontestable que le redressement, aidé ensuite par les moyens médicaux et, pendant quelque temps au moins, par les moyens prothétiques, peut amener une amélioration des muscles telle qu'une intervention plus radicale devient inutile. On peut obtenir un tel résultat seulement dans les cas où l'amyotrophie n'est pas très étendue. Mais, en général, l'arthrodèse sera un complément nécessaire à la tarsectomie.

Etant donné les résultats si encourageants obtenus par la transplantation musculo-tendineuse, on peut compléter le résultat du redressement par cette opération très rationnelle, se mettre ainsi mieux à l'abri de la récidive et rendre inutile tout appareil prothétique. Cette opération peut être faite assez tôt afin d'arrêter le progrès de la déviation et prévenir des déformations plus graves.

Malgré les résultats obtenus quelquefois par des transplantations très compliquées, c'est en général dans les cas où l'amyotrophie n'est pas très étendue que l'opération est indiquée. Il faut, autant que possible, transplanter des muscles homologues et voisins et éviter de supprimer l'action de muscles très importants.

Le traitement post-opératoire par le massage et l'électricité est indispensable. L'opération ne présente aucun danger.

Mais si l'amyotrophie est très étendue, la malformation du pied très prononcée, et même avec moins que cela, si les conditions du malade sont telles qu'un résultat utile, pratique et rapide s'impose sans qu'on puisse songer à des traitement post-opératoires et d'autres interventions, l'arthrodèse tibio et médio-tarsienne est la seule opération rationnelle. Elle complétera très heureusement le redressement obtenu par la tarsectomie.

C'est aussi une arthrodèse astragalo-scaphoïdienne avec résection osseuse qui sera faite si le pied plat constitue un élément important du pied paralytique.

L'expérience clinique, l'examen approfondi des muscles et du squelette, les conditions dans lesquelles se trouve le malade nous guideront dans le choix à faire parmi les moyens employés dans les diverses formes du pied bot, de façon que, combinant quelques-uns entre eux, on obtienne un bon résultat.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Le traitement hospitalier de la phtisie, par James S. Pollock (*The Practitioner*, juin 1898). — L'auteur fait l'historique rapide de Brompton Hospital, refuge pour les phtisiques exclus des hôpitaux généraux de Londres. Cet hôpital a été établi à Londres en 1842. Il cite les statistiques faites en 1849, 1863, 1891. Il montre que, surtout depuis l'installation récente, qui permet l'hospitalisation des malades moins avancés dans la phtisie, les statistiques accusent un abaissement considérable de mortalité : 1885, 18.3 0/0; 1886, 15.9; 1889, 17.1.

Cette mortalité est inférieure à celle observée dans les autres hôpitaux. A Saint-Bartholomew, les phtisiques meurent dans la proportion de 54 0/0, à Guy's Hospital, dans celle de 50 0/0.

L'hôpital spécialisé est meilleur pour le tuberculeux que l'hôpital général.

Au point de vue de la contagion, l'auteur passe en revue l'état de santé du personnel médical et domestique qui habite l'hôpital, et ce depuis sa fondation. Chez les médecins résidents, qui se sont succédé au nombre de 4, aucun phtisique.

Chez les matrones, au nombre de 6, pas de phtisiques.

Parmi les infirmières (nurses), 101, 3 meuren de phtisie après avoir quitté l'hôpital, une meur à l'hôpital.

Filles de salles qui nettoient le sol et balaient plusieurs heures chaque jour aucune phtisique.

Porteurs, chargés du transport des malades et des cadavres : aucun phtisique.

Chez les employés de secrétariats, aucun cas de phtisie.

Les médecins et élèves ont été au nombre de 29; un seul est mort de phtisie.

Le traitement s'est beaucoup modifié au cours des années et au fur et à mesure des progrès de nos connaissances. Actuellement, on se contente de la médecine préventive, et on soutient le malade : exposition à l'air frais, et diète nutritive calculée pour augmenter la vitalité.

A. Chassevant.

Action du créosotal et du duotal dans la phtisie pulmonaire au début (*Die œrztl. Praxis*, 1er octobre 1898). — Vehmeyer est très satisfait de l'emploi de ces deux substances : le créosotal est donné aux doses de 25 gouttes 3 fois par jour, le duotal aux doses de 2 grammes trois fois par jour. Ces doses seront atteintes progressivement, et l'on devra tous les 4 à 7 jours arrêter la médication.

Ce traitement médicamenteux serait de beaucoup préférable à tous les autres (arsenic, huile de foie de morue, etc), et amènerait rapidement de profondes modifications dans l'état des malades, qui s'y soumettent sans aucune répugnance.

E. Vogt

Influence des rayons X sur la tuberculose expérimentale (*Archives d'Electricité médicale*, 15 octobre 1898). — Bien qu'il ne s'agisse, dans le travail de Rodet et de Bertin-Sans, que d'expériences sur des animaux, nous croyons devoir brièvement résumer les résultats obtenus; les auteurs ont reconnu que les rayons X ont fâcheusement influencé la nutrition, modéré l'infection du système ganglionnaire et un peu favorisé la généralisation dans les viscères. Les animaux n'ont, dans aucun cas, bénéficié du traitement.

Peut-être y aurait-il, d'après les auteurs, lieu de poursuivre cette étude, au sujet des tuberculoses chirurgicales, notamment de celles des ganglions lymphatiques, tout en évitant les brûlures et en surveillant l'état général.

E. Vogt.

Compression rythmée du cœur dans la syncope cardiaque (*Société de Chirurgie*, novembre 1898). — M. Tuffier annonce qu'en présence d'une syncope cardiaque, attestée par l'immobilité du cœur, voyant l'inefficacité des moyens usuels, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, il fendit le troisième espace intercostal, décolla le péricarde et ayant saisi la masse ventriculaire entre le pouce et l'index, il fit 60 à 80 compressions rythmées. Les pulsations des artères devinrent perceptibles et le patient ouvrit les yeux. Mais, au bout de 2 à 3 minutes, il fallut recommencer, le pouls s'arrêtant de nouveau. Le même effet fut obtenu pendant un temps très court, puis aucun mouvement ne put être suscité et le malade ne fut pas rappelé à la vie. M. Bazy a vu, il y a 6 ans, un chirurgien suivre sans succès la même conduite, dans un cas de syncope chloroformique, Même échec accusé par M. Michaux, dans un cas semblable. Que restera-t-il de cette initiative hardie? Attendons pour nous prononcer.

Aug. Benoit.

Maladies du Système nerveux

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux

Du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little, par P. Redard et P. Besançon (*Association française de Chirurgie*, octobre 1898). — Tous les cas ne sont pas également graves; de grandes différences même existent entre les enfants, dont les extrémités inférieures sont seules prises, et ceux dont les membres supérieurs et souvent l'intelligence sont affectés; ces deux catégories peuvent, au point de vue pratique, se distinguer en cas favorables et en cas difficiles; dans les premiers, les membres inférieurs sont seuls atteints; dans les seconds, la coexistence de la chorée, de l'athétose, de l'imbécilité, de l'idiotie font moins espérer du traitement.

Au point de vue du résultat, il importe, en effet, de considérer l'état cérébral du sujet; ceux dont l'intelligence est conservée se prêtent, lorsque leurs membres sont redressés, à l'éducation de leurs muscles; ils font des progrès remarquables et apprennent à marcher en quelques mois; ceux, au contraire, atteints d'imbécillité ou d'idiotie, se prêtent mal au traitement, qui est parfois impossible à appliquer.

Au début de la maladie, on évitera les mauvaises attitudes des membres par des appareils simples. Parmi les moyens thérapeutiques les plus actifs, Besançon et P. Redard placent en première ligne le massage, les manipulations, la gymnastique.

Les exercices de gymnastique, faits avec une grande patience, permettent l'éducation des muscles des jeunes malades; ils servent à fortifier les muscles antagonistes affaiblis, à calmer l'hyperexcitabilité des muscles à l'état de spasme (le plus souvent les fléchisseurs). Ils permettent d'apprendre aux sujets à coordonner les mouvements, à placer les jambes en bonne position et à s'en servir pour la marche.

La suspension verticale a donné d'importantes améliorations.

L'électricité statique, les courants faradiques et galvaniques seront employés avec de grands ménagements pour éviter l'action tétanique.

Il faut s'attacher avec soin à rechercher les causes périphériques d'irritation : il faut lutter contre les habitudes d'onanisme, opérer les phimosis, détruire les adhérences du prépuce. Après l'excision du prépuce adhérent, P. Redard et P. Besançon ont noté chez les enfants la disparition de la contracture des abducteurs.

Le traitement mécanique convient peu, en général, et ne doit être appliqué que lorsque les muscles ont été assouplis et redressés, Dans quelques cas, on soutiendra le tronc dévié au moyen de corsets spéciaux. Les appareils qui permettent la marche, le tronc étant soutenu, sont surtout recommandables.

Le traitement chirurgical est fréquemment indiqué et d'une importance capitale; le redressement forcé, manuel ou avec différentes machines, suivi d'immobilisation sera très utile.

Les membres déviés, les pieds bots seront redressés et immobilisés en hypercorrection dans des appareils plâtrés; si les abducteurs sont contracturés, on fixera les cuisses dans l'abduction forcée maintenue par une planchette. Les plâtres doivent être laissés plusieurs semaines. Lorsque le spasme est intense et tend à se reproduire, on applique des appareils successifs, jusqu'à ce qu'il ait cédé.

Les ténotomies, les myotomies sous-cutanées ou à ciel ouvert rendent les plus grands services. Lorsque les moyens simples énumérés plus haut ont échoué, lorsque les attitudes fibreuses sont maintenues par la rétraction fibreuse qui a succédé à la contracture spasmodique, il faut couper tout ce qui s'oppose au redressement et placer le membre en bonne position.

On pourra, suivant le conseil d'Eulenburg, tenter par des greffes tendineuses de répartir plus également l'influx nerveux sur les deux groupes des péroniers latéraux et des muscles du tendon d'Achille.

G. Lyon.

Considérations sur la neurasthénie et son traitement, par le Dr R. Alvarez-Salazar *(Revista de Medicina y Cirujia practica,* Madrid, sept. 1898). — La neurasthénie, nous dit l'auteur, n'est pas une maladie, elle est une réunion d'états morbides dont la différenciation est nécessaire pour porter un jugement clinique.

La neurasthénie vraie est tellement fréquente aujourd'hui, due probablement à l'éréthisme nerveux qui nous domine, que l'heure est arrivée de reconnaître la nécessité d'un traitement rationnel, qui offre des chances de réussite, en même temps que, par l'hygiène, on prévient cette ennuyeuse affection.

Le diagnostic est hérissé de difficultés à cause des changements psychiques ainsi que physiques que présente le sujet neurasthénique, auxquels il faut ajouter les modalités que chacun imprime à la maladie.

Le pronostic de la neurasthénie vraie peut être considéré comme favorable, puisque, une fois la cause qui l'a produit disparue, la guérison ne se fait pas attendre : mais, comme il n'est pas toujours facile de faire disparaître cette cause, le résultat sera en raison directe de la condition sociale.

Quelle que soit la modalité de la neurasthenie, la thérapeutique doit être symptomatologique et curative.

Un des premiers symptômes que, par sa fréquence (90/100), nous sommes obligés de traiter souvent est la céphalée. L'auteur recommande, comme un moyen vraiment efficace, le bromure de potassium, ou, encore mieux, les poly-bromures administrés au moment du coucher.

Une bonne formule est la suivante :

Bromure de potassium.....	15	grammes
— de sodium.....	15	—
— d'ammonium.....	15	—
Sirop de fleurs d'oranger...	150	—
Eau.....	150	—

A prendre une cuillerée à bouche dans une tasse de tilleul au moment de se coucher.

Un autre symptôme que nous serons souvent obligés de traiter, et qui des fois se montre très rebelle, est l'insomnie. L'auteur recommande les hypnotiques, donnant la préférence au sulfonal et trional à la dose de 1 gramme; toutefois, il ne faut les donner que quand l'action sédative des bromures devient insuffisante.

Les autres symptômes, vertige neurasthénique, hypéresthésies, etc., devront être traités conformément aux grandes ressources dont nous disposons actuellement, et en premier lieu par l'hydrothérapie sous forme de douche froide sur le tronc et les membres. Le bain électrique a donné aussi de bons résultats : le malade devra y rester de six à huit minutes pendant lesquelles on lui fera des frictions sur les parties douloureuses avec le réophore qui correspond au pôle positif pour éviter l'excitation qui pourrait survenir de son abus, le malade ne le prendra que tous les trois jours.

A tous ces moyens, il faut ajouter des substances médicamenteuses qui agissent directement sur les centres nerveux, pour les tonifier, parmi lesquelles l'auteur préfère les préparations de chaux dans ses diverses combinaisons chimiques : glycéro-phosphatès, hypophosphites ; les préparations de zinc, strychnine, magnésium, fluorures, etc.

L'auteur recommande la formule suivante, qui lui a donné de bons résultats :

Fluorure de calcium.....	0 gr. 20
Magnésium métallique.....	1 gramme
Sulfate de strychnine.....	0 gr. 01
Glycéro-phosphate de chaux..	3 grammes

Pour dix cachets, desquels le malade prendra deux par jour, avant les principaux repas.

Le traitement bromatologique ne doit pas être oublié. L'alimentation tonique, excitante et de facile digestion, est celle qui convient le mieux : ainsi les œufs, viandes maigres, légumes secs sous forme de purée, le lait en petite quantité (pour éviter les fermentations intestinales), les fruits cuits en compotes et le pain bien cuit en quantité maxima de 350 grammes feront la base du traitement du neurasthénique. Comme boisson, l'eau pure. Les repas seront fréquents et en petite quantité.

Contre l'hyperacidité, qui domine chez quelques-uns, on ordonnera le bicarbonate de soude à la dose d'un gramme un peu avant le repas ; contre l'anoréxie, les préparations de quinquina et la quassine amorphe en pilules de 0 gr. 05 ; on recommandera la pepsine et la pancréatine sous forme de poudre ou sous forme d'élixir après les repas, quand la digestion se fait difficilement ; un exercice modéré pendant la digestion aide celle-ci et tonifie l'organisme.

Finalement, le Dr R. Alvarez passe en revue le traitement psychique. Il faut chercher la cause productrice et la faire disparaître, si c'est possible ; l'atténuer toujours.

Ici, la condition sociale influe beaucoup, car il est évident que si la politique, un excès de de travail, etc. sont les causes occasionnelles de la neurasthénie, et que le malade est riche, on peut supprimer celles-ci, et la guérison ne se fera pas attendre, surtout si la maladie ne date pas de trop longtemps. Mais, à côté de ces cas on en trouve, et ils sont les plus fréquents, chez des sujets dont la position sociale n'est pas brillante, et qui, par conséquent, ont besoin de leur travail pour suffire aux besoins de la vie. A ceux-là, on commencera par recommander le changement de profession ou de climat avant d'arriver à la suppression de tout travail. Finalement, pour que ce traitement soit complet, il faut beaucoup de prudence de la part du médecin ; celui-ci doit avoir la confiance du malade et être très sobre de pronostics, car, s'il se trompe, il risque de perdre cette confiance si indispensable pour la réussite du traitement.

F. Berini.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Hydrorrhée nasale. par Saint-Clair Thomson *Bristish, med. Journ.* 22 oct. 1898). — Bosworth regarde comme une affection distincte l'hydrorrhée nasale, qui est caractérisée par un écoulement abondant de liquide aqueux par les fosses nasales, survenant en toute saison. Chapell, Penykœvy, Jenkelevitch ont rapporté des cas d'hydrorrhée d'origine malarique, Lichtwitz un cas qu'il considérait comme une rhinite vasomotrice provoquée par un catarrhe du sinus frontal ; Saint-Clair Thomson un autre cas qu'il regardait comme un écoulement de liquide cérébro-spinal.

Dans d'autres observations rapportées par divers auteurs, l'hydrorrhée était simplement le résultat d'une irritation de la muqueuse hypertrophiée des cornets ou de polypes muqueux. Aussi, Thomson estime-t-il que ce qu'on regarde comme une maladie distincte n'est qu'un symptôme survenant dans plusieurs affections...

Il a fait analyser du liquide d'hydrorrhée par le professeur Halliburton, qui a constaté les réactions suivantes :

Le liquide donne avec l'acide acétique et avec l'alcool un léger précipité semblable à celui que donne la mucine.

Ce précipité additionné d'acide sulfurique dilué et porté à l'ébullition forme un résidu semblable à du sucre réduit, ce qui est caractéristique de la mucine.

Le liquide contient une petite quantité de protéides coagulables par la chaleur et il ne réduit pas la liqueur de Fehling ; il ne contient pas de protéose et de peptone ; son extrait alcoolique ne contient pas de substance réductible.

L'analyse donne les résultats suivants :

Eau	98 792 0/0
Substances solides	1 208 »
Protéides (renfermant la mucine)	0 260 »
Autres substances organiques	0 163 »
Substances inorganiques	0 785 »

Les réactions suivantes permettent de découvrir la nature cérébro-spinale du liquide ;

1° Il est parfaitement transparent comme de l'eau et ne contient point de sédiment ;

2° Il est légèrement alcalin, sans goût ou légèrement salé ;

3° Sa densité oscille entre 1,005 et 1,010.

4° Il n'est point visqueux et ne donne point de précipité (mucine) par l'addition d'acide acétique ;

5° L'ébullition ne produit qu'une trace de coagulum formé de globuline et d'albumine ;

6° L'acide nitrique froid donne un précipité, qui disparaît en chauffant, mais reparaît en laissant refroidir ;

7° La saturation avec du sulfate de magnésie produira un précipité, de même qu'avec le chlorure de sodium ;

8° Le liquide donnera une couleur rouge en ajoutant une trace de sulfate de cuivre et un excès de potasse caustique;

9° L'ébullition avec la solution de Fehling provoque la réduction du cuivre (due à la pyrocatéchine ou quelque corps analogues);

10° La substance réductible peut être obtenue par l'évaporation ou la dessication de l'extrait alcoolique du liquide; elle est cristallisée en forme d'aiguilles;

11° La solution aqueuse du résidu ne fermente pas par l'action de la levure.

Les mouchoirs mouillés du liquide de l'hydrorrhée nasale restent empesés, lorsqu'ils sont secs, tandis que s'ils sont imbibés du liquide cérébro-spinal, ils restent souples.

Si on soupçonne la nature cérébro-spinale de l'écoulement, éviter de l'arrêter par crainte d'infection: contré l'hydrorrhée vraie, on peut employer le traitement de l'asthme des foins qui donne parfois de brillants résultats; ne pas être trop prodigue de l'usage du galvano-cautère. Le traitement général et le séjour dans une station thermale appropriée donne souvent des résultats très satisfaisants.

A. Courtade.

Sérumthérapie de l'ozène *(Klin. — ther. Wochenschrift,* n°s 39-40, 1898). — Frankenberger n'est pas éloigné d'adopter les opinions de Lautmann, qui fait de l'ozène une trophonévrose: on sait que ce dernier auteur, au cours d'essais destinés à fixer la valeur thérapeutique des injections de sérum antidiphtérique dans l'ozène, reconnut par des expériences de contrôle que les injections de sérum artificiel (chlorure de sodium à 0.7 0/0) donnaient exactement les mêmes résultats que les injections susdites. Cette constatation a fait admettre à Lautmann que l'effet curatif tient à la stimulation de l'organisme: l'action locale ne serait que secondaire, et les microorganismes décrits ne joueraient aucun rôle étiologique dans le développement de la maladie.

E. Vogt.

Contribution à l'étude du traitement de l'otite catarrhale chronique par la thyroïdine (*Deutsche med. Wochenschrift,* n° 49, 1898). — Heermann donne cinq observations de catarrhe chronique de la caisse, datant tous de plusieurs années et ayant été soumis à des traitements locaux variés sans grand succès, Les cinq malades présentaient des troubles digestifs et circulaires (début d'artério-sclérose), que les spécialistes traitants avaient négligés. L'auteur prescrivit un régime approprié et beaucoup d'exercice, et constata une amélioration marquée de l'audition au bout de peu de temps. Le retentissement de l'état général sur l'état local expliquerait, pour Hermann, les bons effets obtenus avec la thyroïdine dans les catarrhes chroniques de la caisse.

L'auteur admet que sans doute on pourrait, en dirigeant son attention dans ce sens, découvrir dans des modifications locales auriculaires des indices d'affections organiques ou générales. Il arrive souvent qu'un oculiste reconnaît, par le seul examen de l'œil, qu'un malade est atteint de diabète ou d'albuminurie: il n'est pas irrationnel d'admettre que l'oreille subisse aussi le contre-coup des modifications de l'état général, et le traitement des otites devrait tenir compte de la possibilité de relations de ce genre.

E. Vogt

La fétidité de l'haleine et son traitement par les injections de carbonate de créosote (*Klin. ther. Wochenschrift,* n° 41, 1898). — Le Pr Bayer, croit que ce sont les affections naso-pharyngiennes chroniques qui jouent le le principal rôle étiologique dans cette affection si difficile à combattre. On peut constater facilement, par exemple, qu'il existe chez les femmes atteintes de fétidité de l'haleine au moment de la menstruation, une congestion du naso-pharynx avec sécrétion exagérée, marchant de pair avec la congestion des organes pelviens. Lorsqu'un examen attentif des malades a permis de reconnaître que l'étiologie de l'haleine fétide est bien celle dont il est question ci-dessus, et que l'affection a en outre envahi la trachée, ce qui est le cas le plus souvent; le meilleur traitement est, selon Bayer, l'injection intra-trachéale de carbonate de créosote. Les premiers essais, faits avec de la créosote, ont été peu satisfaisants; cette dernière substance provoque en effet facilement des accès de suffocation qui n'ont jamais été observés, lorsqu'on utilise le carbonate de créosote.

On injectera, au moyen de la seringue pour injections intra-laryngées, 1/2 à 1 cc. 1/2 de carbonate de créosote légèrement chauffé. L'injection ne provoque aucun phénomène d'irritation; l'effet curatif est souvent si marqué, qu'il est inutile de procéder à une nouvelle intervention.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux

Croissance de cheveux, sur des cicatrices faviques, obtenue en ensemençant, dans les rainures de scarifications, des parcelles de tiges de cheveux (*Gaz. méd. d'Orient*, n° 2, 1898). — M. MENAHEM HODARA a communiqué à la Société de médecine de Constantinople, dans la séance du 4 février dernier, un travail d'où il résulte que :

1° Dans une cicatrice favique totalement dépourvue de cheveux, de petites parcelles de cheveux, provenant exclusivement des tiges de cheveux, et bien implantées dans l'intérieur des fentes de scarification, peuvent quelquefois s'enraciner et croître ensuite sous forme de longs cheveux. Ce fait merveilleux, et jusqu'ici non connu, est prouvé cliniquement par l'implantation de fragments de tiges de cheveux faite avec succès sur plusieurs cicatrices.

2° L'examen microscopique de parcelles implantées et enracinées, pratiqué quelques semaines après l'implantation, démontre un prolongement plus ou moins grand de l'extrémité inférieure de cette parcelle, terminé par un renflement bulbaire. L'examen microscopique des cheveux ainsi néoformés sur les cicatrices, après une croissance de quelques mois depuis l'implantation des fragments de tiges, démontre une tige, une racine et un renflement bulbaire *plein* bien formé.

3° L'examen microscopique des cicatrices faviques *non ensemencées* démontre l'*absence totale* de restes d'anciens cheveux ou d'anciens follicules.

4° Les coupes des cicatrices faviques ensemencées montrent au microscope qu'autour des petites parcelles des tiges de cheveux ayant bien pénétré dans l'intérieur des fentes d'incision et non détachées il se forme un nouveau follicule dans lequel la parcelle s'enracine et s'unit intimement avec le follicule néoformé, qui fournit les éléments nécessaires à la formation et à la croissance du cheveu, lequel est en union intime, « agglutiné avec le fragment enraciné. »

D'après ses études micrographiques, voici comment l'auteur s'explique ce curieux processus : autour du fragment de tige de cheveu implanté dans la fente d'incision, se fait tout d'abord une prolifération de cellules épineuses disposées en rangées circulaires à noyaux aplatis ; elles se transformeront en une couche granuleuse et cornée plus ou moins pigmentée, entourant immédiatement comme un anneau le fragment implanté, et lui constitueront un orifice folliculaire.

De cet orifice, la prolifération des cellules épineuses les plus extérieures se continue vers le derme tout autour de l'axe du fragment implanté, formant ainsi une couche folliculaire de plusieurs rangées de cellules (gaine externe de la racine) et qui servira de base à la néoformation et à la croissance du cheveu. En dedans, cette gaine externe est doublée d'une portion intérieure ; cette nouvelle couche homogène, cornée, à lamelles multiples pigmentées, c'est la gaine interne de la racine ; on va la voir s'unir intimement, s'agglutiner avec la partie inférieure de la racine implantée ; celle-ci se prolongeant plus ou moins par cette extrémité inférieure, laquelle ainsi s'enracine et se termine par un renflement bulbaire entouré et embrassé au fond par les gaines interne et externe néoformées.

Jusqu'à la quatrième semaine de l'ensemencement, ce prolongement de l'extrémité inférieure de la parcelle, avec son renflement final, se montre sous l'aspect de fibres cornées claires peu pigmentées, mais deux semaines plus tard il prendra un aspect et une structure analogues à celles de la parcelle elle-même, c'est-à-dire une substance corticale plus pigmentée, entourée d'une cuticule claire.

De l'union intime des cellules de la gaine interne néoformée avec la substance corticale de l'extrémité inférieure de la parcelle proviennent les matériaux de transition et de nutrition destinés à la néoformation de substance de cheveu, qui croît intimement agglutiné avec la parcelle ; au début, l'extrémité inférieure de la parcelle se prolonge, s'enracine et se termine par un renflement bulbaire plein ; ensuite l'extrémité supérieure de la parcelle croît sous forme d'une tige, de structure plus ou moins analogue à la parcelle. *Ainsi la néoformation du cheveu est principalement due à la prolifération de cellules épineuses situées autour de la parcelle implantée, et à la néoformation d'une gaine folliculaire de cellules épineuses.* Ici la racine du cheveu est à bulbe plein et le cheveu ne vit pas sur une papille pilaire, mais au moyen des cellules épineuses de la gaine externe, qui se transforment d'abord en cellules cornées de la gaine interne, puis en cellules de substance corticale de cheveu. Autour de la gaine externe de cellules épineuses il se forme ensuite, extérieurement, une gaine fibreuse par prolifération des cellules conjonctives. Enfin vient la néoformation de glandes sébacées, par des boursouflements latéraux de la gaine externe, composés de cellules épineuses, lesquelles se transforment ultérieurement en cellules sébacées pleines de graisse, se vidant dans le follicule, aux parties latérales

du cheveu par des canaux excréteurs néoformés au milieu de boursouflements. Et on finit par voir, latéralement aux glandes sébacées, la néoformation des muscles arrecteurs au moyen d'un groupe de cellules à noyaux aplatis, disposés en rangées parallèles, et se continuant par un côté jusqu'à la paroi glandulaire.

5° Au point de vue pratique, cette méthode d'implantation de parcelles de tiges de cheveux dans les cicatrices est encore sujette à beauconp d'amélioration. Les quelques résultats favorables déjà obtenus ne sont qu'un jalon pour les progrès qui demandent à être encore apportés à la méthode. Si des tas de parcelles implantées sur la partie scarifiée, il n'y en a que fort peu qui donnent lieu à la néoformation des cheveux, la raison en est principalement que le plus grand nombre de parcelles ne pénètrent pas si bien et dans une direction aussi régulière qu'il le faudrait dans l'intérieur des fentes d'incision. La plupart des parcelles implantées se détachent en bloc; d'autres, qui pénètrent superficiellement et irrégulièrement, sont aussi englobées et éliminées avec les produits de la desquamation. Il n'y a que fort peu de parcelles qui s'implantent aussi profondément et régulièrement qu'il est nécéssaire dans l'intérieur des fentes d'incision pour produire de nouveaux follicules et de nouveaux cheveux.

L'ensemencement et la repousse artificiels des cheveux serait une si prodigieuse et si précieuse conquête de la thérapeutique que, sans attendre les expériences et les publications nécessaires avant qu'on puisse se former une opinion, nous avons tenu à suivre M. Ilodara jusque dans ses développements micrographiques; il y a là, en tout cas, un document de haute importance dont il était nécessaire de tenir au courant nos lecteurs susceptibles de s'intéresser à la dermatologie.

MOREL-LAVALLÉE.

L'eau d'Alibour dans l'impétigo.— Il s'agit là d'une ancienne préparation du codex. M. SABOURAUD n'a fait que la remettre en usage dans ses publications de janvier dernier. Mais il en a rajeuni et adouci le titre : c'est, en somme, une solution camphrée de sulfate de zinc et de cuivre. Le fait intéressant est que cette mixture, appliquée en pansements continus, constitue le meilleur traitement pratique de l'impétigo, cette pyodermite étant due, non à un streptocoque, mais au staphylocoque doré (SABOURAUD).

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement du sycosis de la barbe au moyen de l'aiguille galvanocaustique (*Deutsche med. Zeitung*, 13 octobre 1898). — BLŒBAUM, après de nombreux essais thérapeutiques, a adopté depuis 6 mois la méthode galvanocaustique pour la cure du sycosis grave : il enfonce l'aiguille dans les follicules remplis de pus à une profondeur de 0 m. 002 à 0 m. 003, fait passer le courant et retire l'aiguille encore rouge. On peut, à chaque séance faire environ 60 cautérisations : après la séance, on applique pendant 2 heures des compresses d'eau glacée, et on termine en saupoudrant avec le mélange suivant :

Oxyde de zinc.....	)	
Acide borique.....	)	ää 5 grammes
Talc.....		10 —

Le lendemain lavage à l'eau de savon, séchage à la gaze (l'ouate n'est pas à recommander, car ses fibrilles restent attachées aux petites plaies) et poudrage consécutif.

Il faut faire une séance tous les jours, jusqu'à ce que tout soit cicatricé et que les croûtelles soient toutes détachées.

A partir de ce moment le malade devra se raser tous les jours et frictionner énergiquement les parties couvertes de poils avec une brosse à dent trempée d'eau de savon, dans le but d'arracher les poils peu solidement fixés et de bien nettoyer les canaux folliculaires.

Les douleurs produites par la cautérisation ne sont pas beaucoup plus considérables que celles que produit l'épilation : on peut, du reste, recourir à l'anesthésie locale.

E. VOGT.

Les injections de calomel dans quelques affections de la peau, par DU CASTEL (*Journal des Praticiens*, n° 42, p. 657, 1898). — Les injections de calomel ne sont pas utilisées uniquement contre la syphilis. Le professeur Fournier, l'un des premiers, les a employées contre le lupus tuberculeux, et presque toujours il a pu observer une influence heureuse du traitement.

Le Dr Asselberg, de Bruxelles, conclut de l'étude de vingt malades que l'action de l'injection de calomel sur le lupus tuberculeux ne saurait être mise en doute.

Les processus infiltration et ulcération sont toujours les plus vivement attaqués; quant au tubercule, il est plus résistant. C'est surtout dans la thérapeutique du vieux lupus tuberculo-ulcéreux, turgescent, à infiltration profonde du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané que l'injection de calomel est appelé à rendre des services.

Les formes du lupus érythémateux, érythémato-tuberculeux, tuberculeux non exedens ont moins à espérer de cette nouvelle méthode de traitement.

Le Dr Asselberg est d'avis, cependant, que le traitement par les injections de calomel doit constituer un traitement d'exception ou d'association : il ne saurait faire oublier le raclage et les cautérisations; la guérison est loin d'être sûre par son seul emploi, et ne met pas à l'abri des récidives.

G. Lyon.

Les frictions mercurielles *(Klin.-therap. Wochenschrift*, n° 48, 1898). — Schuster, d'Aix-la-Chapelle, a pu se convaincre que l'effet thérapeutique de frictions mercurielles dépend, pour une grande part de l'état physique de la peau du patient. Si le tissu adipeux est très développé, si la peau est très sèche ou encore froide et transpirant difficilement, on fera bien de choisir une autre méthode de traitement, pour éviter les mécomptes.

La méthode classique de l'onction mercurielle, destinée à faire pénétrer le mercure à l'état solide jusque dans les follicules cutanés, est-elle conforme aux données physico-chimiques du problème? Il ne faut pas oublier que le mercure est volatil, et surtout quand la température est élevée : or, une friction prolongée de la peau, provoque une hyperthermie localisée, qui volatilise le mercure. Certains auteurs (Neisser, p. ex.), admettent donc que c'est sous la forme gazeuse que le métal est absorbé, et beaucoup plutôt par les nârines que par la peau : la méthode serait une méthode d'*inhalation* pour ces auteurs.

Les recherches de Schuster lui ont prouvé que cette manière de voir était peu conforme à la réalité de faits : des analyses nombreuses ont démontré que l'urine des infirmiers chargés de frictionner de nombreux malades, ne décelait que des traces infinitésimales de Hg. L'apparition de la stomatite, n'est pas non plus due à l'action du Hg passant par les voies respiratoires, comme on l'a aussi prétendu.

La question des bains sulfureux à administrer au cours d'un traitement par les frictions, a soulevé à son tour, bien des controverses : à Aix-la-Chapelle, la teneur élevée en soude des eaux thermales favorise l'absorption de Hg, en provoquant un ramollissement de la peau.

Y a-t-il lieu de conserver l'antique formule de l'onguent napolitain, ou de modifier cette dernière? On peut certainement trouver des formules donnant une préparation moins salissante, moins facilement décomposable, miscible à l'eau, s'enlevant aisément par un simple lavage.

Voici la préparation préférée de l'auteur : on fait avec elle des frictions de 15 minutes de durée : les malades qui s'en sont servis une fois ne veulent plus revenir à l'onguent napolitain.

Hydrargyre purifié.....	33 1/3	0/0
Savon à base d'huile d'olives, très blanc, et pulvérisé.....	12 2/3	—
Sebum filtré.....	18	—
Adeps lanæ filtré.....	36	—

Us. Ext.

On ne devra jamais, du reste, oublier que malgré la plus grande uniformité d'application de la méthode des frictions, la quantité de Hg absorbée, varie à l'infini d'un malade à l'autre. Il existe des sujets sur lesquels on ne retrouve, malgré un traitement prolongé, que des traces de Hg dans les urines ou les fécès. Ces malades sont cause que le traitement par les frictions est souvent continué beaucoup trop longtemps. D'autres malades absorbent Hg en quantités notables et n'en sont nullement incommodés : d'autres présentent fort rapidement de la salivation et des entérites.

Pour l'apparition de la stomatite, la difficulté est la même : l'auteur croit à une idiosyncrasie, car il a trop souvent observé des malades porteurs de dents cariées, ne prenant aucun soin de leur bouche et restés indemnes de stomatite, et inversement des malades très soigneux rapidement atteints, pour admettre une autre explication.

E. Vogt.

L'onguent de caséine en dermatologie *(Les nouveaux remèdes*, 24 novembre 1898). — Raby a repris l'étude de l'onguent de caséine d'Unna dont la formule est la suivante :

Caséine.....	14	0/0
Alcalis.....	0 43	—
Glycérine.....	7	—
Vaseline.....	21	—
Antiseptique.....	1	—
Eau.....	56 57	—

Us. Ext.

Cette préparation donne une sorte de vernis auquel on peut incorporer un grand nombre de médicaments (alcalis, sels alcalins). Si la substance active épaissit l'onguent, on ajoutera de l'eau ou on diminuera la proportion de caséine. Les acides se prêtent mal à l'incorporation, sauf l'acide salicylique, à condition de ne pas dépasser 1 0/0.

Raby recommande le mode de préparation suivante : on délaie exactement la caséine dans l'eau et on ajoute les alcalis (mélange de 4 parties de potasse et 1 partie de soude), on laisse en contact pendant 24 heures, on obtient ainsi une masse homogène rappelant le mucilage de gomme adragante : on liquéfie alors la vaseline à une

double chaleur et on l'incorpore au mucilage en battant vivement. On ajoute ensuite la glycérine et les antiseptiques (oxyde de zinc et phénol àà). Le produit obtenu, mis en lieu frais, sera recouvert d'une légère couche d'huile de vaseline pour empêcher la dessication.

Les caséines du commerce ne se gonflent pas toutes également dans l'eau alcalinisée : on est donc obligé de tâtonner avant de trouver la formule s'adoptant à une caséine donnée. La caséine ordinaire donne d'aussi bons résultats que la caséine pure.

Les formules les plus avantageuses sont les suivantes :

1° Pyrogallol.....	10	grammes
Onguent de caséine...	100	—
2° Résorcine.....	2	—
Oxyde de zinc.....	10	—
Onguent de caséine...	100	—
3° Soufre précipité.....	5	—
Oxyde de zinc.....	10	—
Eau.....	10	—
Onguent de caséine...	100	—
4° Sulfo-ichtyolate d'ammonium.....	10	—
Résorcine.....	1	—
Eau.....	10	—
Onguent de caséine...	100	—
5° Goudron végétal.....	10	—
Eau.....	10	—
Onguent de caséine...	100	—
6° Goudron de houille...	10	—
Onguent de caséine...	100	—

E. Vogt.

Le losofan en dermatologie, par B. Serradell (*Boletin del Colegio Medico de Barcelona*, octobre 1898). — On sait que le losofan, metha cresol triiodé a été obtenu par le Dr Goldman en faisant réagir l'iode sur l'acide oxitholuilique en présence des alcalis. Il se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristalline (aiguilles); il est inodore, fond à 121°5, se dissout dans l'alcool et le chloroforme très facilement, et dans les huiles et graisses à la température de 60°. Traité par une solution concentrée de soude caustique, il se présente sous une forme amorphe d'un vert brun, insoluble dans l'alcool.

Après les essais très favorables que le Dr Saalfeld a obtenu avec son emploi dans quelques maladies de la peau, le Dr Serradell a décidé de l'employer dans quelques cas de gale, chez des soldats revenus de Cuba et qui étaient hospitalisés dans le Sanatorium de la Croix-Rouge.

Des 64 malades qui ont été soumis à ce traitement, 62 ont guéri radicalement ; les 2 autres très améliorés dès le deuxième jour de traitement, sont partis volontairement de la clinique.

De ces 64 malades, 33 présentaient la gale compliquée de syphilis, impétigo, furoncles, dysenterie, etc. ; les 31 autres étaient de simples galeux.

Dans sa clientèle privée, le Dr Serradell a eu aussi occasion d'employer le losofan dans 10 cas de gale pustuleuse, qui ont tous guéri très rapidement, ainsi que dans trois cas de favus, dont les résultats ont été admirables (guérison entre douze et dix-huit jours). Les cas d'érysipèle et les ulcères variqueux des jambes traités par le losofan ont tous guéri.

L'auteur recommande les solutions alcooliques et la pommade de 1 à 10 0/0.

De son travail, il déduit les conclusions suivantes ;

1° Le losofan est incolore et, employé en solutions alcooliques, ne salit pas le linge;

2° Il guérit toujours la gale ;

3° Il ne guérit pas la syphilis, mais fait disparaître ses manifestations cutanées ;

4° Son emploi est indiqué toutes les fois que la gale se présente compliquée d'autres dermatoses ;

5° Il guérit toutes les dermatoses d'origine parasitaire et modifie favorablement les autres;

6° Ses résultats sont tous favorables dans l'érysipèle et les ulcères variqueux de la jambe.

Le Dr Serradell termine sa communication, en disant qu'il a essayé dernièrement le *cresol* ou *cresilol*, et que les résultats qu'il a obtenus sont loin d'être aussi favorables que ceux qu'il a obtenu avec le losofan.

F. Berini.

Quelques nouveaux remèdes en dermatologie. — Après le « cuticura », qui nous vient d'Amérique, et dont nous ignorons la composition, voici venir le « dermoïca », composition analogue, d'origine française, et récemment employée contre certains eczémas chroniques rebelles. Or, nous ne sommes pas encore fixés sur ce qu'est ce « dermoïca », et un vrai médecin n'emploiera jamais qu'avec répugnance une drogue dont la nature lui est inconnue. M. Goudal, pharmacien à Paris, a présenté en mars dernier à la Société française d'Hygiène, un produit qu'il considère comme la partie active du dermoïca. C'est, dit-il, un mélange de crésol, créoline, benzol, toluène, associés à d'autres carbures moins bien définis... Il donne, à ce mélange, le nom de *dermosol*.

Nous ne pouvons encore apprécier ce nouveau produit, mais nous avons cru devoir en dire deux mots. C'est, en somme, une huile lourde, différente du coaltar, provenant de la distilla-

tion de la houille, et paraissant avoir des propriétés générales intermédiaires entre les produits de la série benzénique et la classe des phénols, dont elle paraît se rapprocher, ne fût-ce que par son odeur.

MOREL-LAVALLÉE.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Traitement de la cystite tuberculeuse (*IIIe Congrès d'Urologie*). — CLADO fait le traitement médical, s'il n'y a pas d'ulcérations.

S'il y a des ulcérations, c'est la taille avec extirpation des tissus malades qu'il faut faire, puis des attouchements locaux.

MOTZ relate des cas de guérison complète vérifiées au microscope.

NOGUÈS fait le traitement par des instillations d'ichtyol de 1 à 4 0/0.

E. CHEVALIER.

Traitement de l'exstrophie de la vessie (*IIIe Congrès d'Urologie*). — POUSSON dissèque la moitié supérieure de la muqueuse exstrophiée, y compris le péritoine ; il rabat ensuite, et ferme après la plaie péritonéale.

ESTOR emploie la méthode de Sonnenburg (extirpation de la muqueuse vésicale et abouchement des urétères à la rainure pénienne).

FORGUE est résolu à supprimer la vessie et à faire un canal urétéro-urétral.

E. CHEVALIER.

Cystorrhapie primitive, par JONNESCO (*IIIe Congrès d'Urologie*). — L'auteur fait 3 plans : muqueux, musculaire, musculo-muqueux. Il détruit le parallélisme des plaies muqueuse et musculaire pour éviter l'infiltration.

E. CHEVALIER.

Calcul chez un enfant, par IMBERT (*IIIe Congrès d'Urologie*). — C'est un calcul vésical enlevé par la taille hypogastrique chez un enfant de 4 ans.

E. CHEVALIER.

Traitement des calculs prostatiques, par DESNOS (*IIIe Congrès d'Urologie*). — Dans les cas ordinaires et moyens, on doit aborder le calcul par le périnée.

Si le calcul est trop gros, ou résiste trop, il faut l'aborder par taille hypogastrique, en gardant un drainage périnéal.

E. CHEVALIER.

Calcul de l'urètre chez un enfant de 6 ans, par REBOUL (*IIIe Congrès d'Urologie*). — C'est un calcul urétral enlevé par l'urétrotomie externe. Guérison après une broncho-pneumonie.

E. CHEVALIER.

Kyste hydatique rétrovésical, par HERECSO (*IIIe Congrès d'Urologie*). — Par la taille prérectale, on évacua un peu de liquide ; par le drainage, il s'est écoulé des hydatides et des membranes.

E. CHEVALIER.

Volumineux calcul vésical extrait par la taille hypogastrique, par CHEVALIER (*IIIe Congrès d'Urologie*). — C'est un calcul de 190 grammes enlevé par la taille hypogastrique.

L'auteur préconise l'emploi du ballon de Pétersen que l'on néglige trop.

E. CHEVALIER.

Traitement aseptique de la rétention d'urine, par Charles HAMILTON (*Medical News*, t. LXXII, 1898). — L'auteur insiste sur les divers temps que doit observer le chirurgien qui se propose de vider artificiellement une vessie.

1° Stérilisation du pénis et de l'urètre ; 2° stérilisation des mains et des instruments ; 3° conserver les conditions de stérilisation tant que l'opération n'est pas terminée.

L'auteur décrit longuement les soins à prendre pour obtenir ces résultats et insiste sur les avantages du cathétérisme aseptique.

A. CHASSEVANT.

Traitement de l'hydrocèle (*IIIe Congrès d'Urologie*). — MALHERBE fait la cure radicale par résection de toute la tunique vaginale, dans les cas d'hydrocèle compliquée ou ancienne. Sinon, il emploie le procédé classique à la teinture d'iode.

GUIARD emploie le sublimé à 1/2000.

NOGUÈS est partisan de la teinture d'iode.

GENOUVILLE et PASTEAU ont traité une énorme hématocèle par la décortication de la poche et l'ablation de la plus grande partie de la peau.

E. CHEVALIER.

Cathétérisme cystoscopique des urétères (*IIIe Congrès d'Urologie*). — PASTEAU relate 140 cas où il n'a jamais vu d'infection secondaire. Il a opéré avec le cystoscope d'Albarran.

REYNÈS l'a fait 15 fois. Il lave le rein avec une solution aqueuse de sulfibenzoate de soude à 5 0/00.

ALBARRAN a fait sur 6 malades le traitement de la pyélite unilatérale par ce moyen ; il emploie l'eau boriquée, puis le nitrate d'argent à 1/1000.

HOGGE conseille le salol à 9 grammes par jour.

Desnos a vu des accidents graves et un mortel à la suite du cathétérisme cystoscopique.

Albarran n'emploie pas le cathétérisme dans les pyonéphroses graves avec état fébrile. Il faut, du reste, poser les indications et les contre-indications.

E. Chevalier.

Anurie calculeuse (*IIIe Congrès d'Urologie*). — Pousson a opéré un malade au 13e jour d'une anurie calculeuse. Il conseille de ne pas suturer le rein incisé.

Vignard a opéré au 5e jour et guéri un cas d'anurie calculeuse. Il croit aussi qu'il faut faire l'opération aussi rapide que possible, sans prolonger les manœuvres.

Desnos rapporte un cas de guérison sans opération, mais sans conclure contre celle-ci.

Albarran relate 4 cas.

Loumeau dit que, dans certains cas rares, où l'anurie est récente et le cathétérisme rétrograde de l'urétère facile, on peut suturer le rein. Il l'a fait 2 fois.

Albarran préfère ne pas suturer.

E. Chevalier.

L'extrait du corps thyroïde dans la néphrite chronique (*66e Réunion de l'Association médicale britannique* in : *The British Med. Journal*, 8 oct. 1898). — Allison a pu constater que, contrairement à l'opinion courante, les myxœdémateux présentent fréquemment des complications rénales. Sous l'influence du corps thyroïde, les symptômes cédèrent rapidement dans les cas où elles existaient. Cette observation détermina l'auteur à étudier la question de l'action du corps thyroïde dans le mal de Bright classique (le rein cirrhotique excepté). Dans la néphrite scarlatineuse ou diphtéritique, le corps thyroïde à doses faibles exerce certainement une action favorable.

En résumé, le corps thyroïde agit en activant les échanges nutritifs, en favorisant la diurèse et l'élimination des déchets : sous son influence, la quantité d'albumine augmente, les urines deviennent momentanément plus foncées. Il faut éviter les fortes doses et se servir de préparations irréprochables, si l'on veut éviter la dépression cardiaque.

E. Vogt.

La ponction et la saignée dans la néphrite et l'urémie (*66e Réunion annuelle de l'Association médicale britannique*, juillet 1898 ; in *British med. Journal*, 8 oct.). — Le professeur Ewald, de Berlin, constate que tous les moyens usuels pour faire régresser les œdèmes, dans le cas spécial du mal de Bright, donnent d'insuffisants résultats, soit par eux-mêmes, soit parce qu'on ne les utilise en général pas assez souvent. On ponctionne trop rarement les ascites et les hydrothorax : dans l'intervalle des ponctions, l'organisme est exposé à tous les dangers que porte avec elle l'accumulation de liquides dans les cavités séreuses, et l'endothelium de ces dernières souffre dans sa nutrition, ce qui le modifie et le rend impropre à effectuer une résorption suffisante.

On interviendra en conséquence aussitôt que possible : il ne faut pas craindre la déperdition d'albuminoïdes que l'on fait subir à l'organisme par la ponction, car les albuminoïdes extraits le sont sous une forme sous laquelle ils sont inassimilables pour l'organisme : la perte est, du reste, minime comme quantité. La multiplicité des ponctions ne provoque pas non plus, comme on l'a dit, une excitabilité sécrétoire exagérée des séreuses : l'abondance de la sécrétion est sous la seule dépendance de l'état général du malade : si l'affection s'améliore, les œdèmes diminuent.

Ewald ponctionne dès que la ponction est possible, souvent tous les 3 jours : il est convaincu que cette pratique a la plus heureuse influence sur la marche de nombre de cas de néphrite.

Le drainage des œdèmes est effectué au moyen de longues canules introduites dans le tissu cellulaire sous-cutané, aussi loin que possible et parallèlement à la surface de la peau : la partie de la canule restée à l'air libre est recouverte de coton salicylé fixé par du collodion iodoformé. A l'extrémité de la canule, s'adapte un tube de caoutchouc qui pend dans un vase destiné à recevoir la sécrétion. On place plusieurs canules à chaque jambe, et l'on obtient ainsi un écoulement de 3 à 5 litres par jour. Il va sans dire que les précautions antiseptiques les plus minutieuses seront prises.

Pour les accidents urémiques, la saignée, suivie d'injection de solution salée physiologique, permet de soustraire une certaine quantité des toxines accumulées dans l'appareil circulatoire : il faut enlever à chaque saignée, de 200 à 400 grammes de sang. Pour Ewald, on obtient environ 60 0/0 de succès en intervenant de cette façon au moment où éclatent des accidents urémiques.

E. Vogt.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique par le protargol (*Thérapeutique russe*, nos 7 et 8, 1898). — Nous trouvons à ce sujet trois travaux dus à Manakéine, Petersen et Yakowleff.

Le premier de ces auteurs a observé 18 malades, et les résultats qu'il a obtenus par le protargol ne lui permettent pas de partager

l'opinion favorable à l'action thérapeutique de ce nouvel agent thérapeutique.

Dans un seul cas, on a pu obtenir une guérison assez rapide; dans un autre cas, les gonocoques ont, il est vrai, disparu le sixième jour du traitement, mais la blennorrhagie n'en a pas moins persisté pendant 65 jours; enfin, dans un autre cas, le nombre de gonocoques, au lieu de diminuer, a augmenté.

Certains auteurs recommandent de faire des injections de protargol en solution de 1/4 à 1 0/0, de répéter ces injections trois fois par jour, et de retenir le liquide dans le canal pendant 30 minutes.

Ce procédé présente des inconvénients; Manaképine préfère faire des injections avec une solution de 1 1/2 0/0, répéter ces injections deux fois par jour, et ne retenir le liquide dans le canal urétral que pendant 5 minutes.

Il a constaté, en outre, que l'injection d'une solution plus concentrée, à 4 0/0, par exemple, dans l'urétrite postérieure chronique, ne détermine pas de douleurs, comme cela se passe avec les injections au nitrate d'argent.

Petersen trouve que le protargol possède la propriété de ne pas irriter le canal, ce qui est certainement un grand avantage, mais que, son action thérapeutique n'est pas plus puissante que celle du sulfophénate de zinc, substance pharmaceutique bien connue.

Pour Yakowleff également, le protargol ne réalise pas les espoirs qu'on a fondés sur lui; il estime cependant qu'à l'heure actuelle, on ne saurait, étant donné le nombre relativement peu considérable d'observations recueillies, se prononcer d'une façon nette et définitive sur l'importance thérapeutique du protargol dans l'urétrite blennorrhagique.

B. TAFT.

Gynécologie

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité
à l'hôpital de la Charité

Résultats des ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables (*Congrès de Chirurgie*, 24 octobre 1898). — M. TUFFIER avait, en juin 1896, pratiqué la ligature des vaisseaux utérins et utéro-ovariens chez une femme qui n'a succombé à la généralisation qu'en août 1898.

Chez 6 autres malades, l'évolution du néoplasme n'a pas été sensiblement arrêtée ni modifiée; cependant, les pertes très abondantes, les écoulements ichoreux ont diminué dans des proportions très notables.

Il ne faut donc pas attendre de ces ligatures le moindre effet curatif, mais on peut en retirer un certain bénéfice, au point de vue palliatif.

M. Tuffier n'a traité que 3 fibromes par cette méthode, en liant seulement les artères utérines. Dans les 3 cas, qui, il est vrai, ne datent pas d'une année, les pertes se sont arrêtées, mais la tumeur ne semble pas avoir rétrocédé.

M. LE DENTU a essayé plusieurs fois la ligature des deux linguales dans les cas de cancer de la langue, et n'a jamais observé qu'une amélioration passagère.

M. ROUX, (de Lausanne), a pratiqué parfois la ligature des deux hypogastriques pour des cancers utérins inopérables, et l'amélioration consécutive n'a duré que quelques semaines.

R. BLONDEL.

Le carbure de calcium pour le soulagement du cancer de l'utérus, par J.-K. ETHERIDGE (*The clinical Review*, sept. 1898). — La première malade traitée par l'auteur avait 68 ans : la ménopause remontait à environ 20 ans. L'utérus était petit, le col était carcinomateux : depuis six mois la malade avait des hémorragies. Tout le col était rongé et l'utérus ne semblait plus qu'une cavité. A l'aide d'une curette on enleva un petit morceau et l'on plaça dans le trou un morceau de carbure. Immédiatement il se produisit un bouillonnement abondant.

On bourra fortement le vagin avec une mèche de gaz iodoformée qui fut laissée en place 3 jours. L'élimination du gaz fut douloureuse pendant quelques heures. Tous les trois jours on renouvela ce traitement et, après 5 ou 6 séances, l'ulcère avait pris l'aspect d'un ulcère simple. Au bout de 3 mois, la cavité, dans laquelle on aurait pu mettre un œuf, au début, n'admettait plus que la pointe d'un crayon, puis s'effaça peu à peu. Trois mois plus tard il n'y avait plus qu'une cicatrice.

Une autre malade, âgée de 50 ans, n'avait presque plus de col et était très incommodée de l'odeur, de l'écoulement et des hémorragies. On lui fit le même traitement jusqu'à ce que le cancer fut entièrement cicatrisé. Elle semble bien aujourd'hui.

Quelle que soit la valeur de ce traitement au point de vue de la guérison, il donne au moins la disparition de l'odeur, des hémorragies et de l'écoulement.

R. BLONDEL.

Prolapsus des ovaires, par A. GOLDSPOHN (*Am. Med. Ass.*, 7-10 juin 1898, in *Med. Rec.*, 18 juin 1898.) — Une des causes prépondérantes des maux dont peut souffrir une femme, c'est la chute des organes génitaux internes. Ce fait est bien admis

pour l'utérus. Il l'est moins pour les annexes, et bien des insuccès, après des opérations pour la fixation de l'utérus, tiennent à ce qu'on n'a pas pris garde à la restauration des annexes.

C'est, de préférence, en agissant sur les ligaments ronds, que l'auteur cherche à arriver à un résultat parfait; si la chute des ovaires est accompagnée d'éléments inflammatoires, il adopte la voie abdominale. Dans les autres cas, il a recours à l'opération d'Alexander; mais, après une dilatation du col suffisante pour lui permettre d'introduire le doigt dans la cavité utérine, en maintenant l'utérus en place par la main abdominale, et en s'aidant, au besoin, de deux doigts dans le vagin, il arrive à détacher parfaitement toutes les adhérences. Depuis cinq ans qu'il emploie ce procédé, l'auteur sur 140 opérations, n'a eu à déplorer ni mort, ni hernie, ni aucune suite fâcheuse.

R. Blondel,

Faut-il employer des ligatures résorbables ou non résorbables dans l'hystérectomie et la salpingo-oophorectomie? par Ch. P. Noble (*Medical News*, 15 octobre 1898). — L'auteur a enregistré d'excellents résultats avec l'emploi de ligatures et sutures à la soie, à condition que l'on ne se serve que de soie fine et qu'on n'enserre jamais qu'une petite quantité de tissu dans la ligature. Les ligatures non résorbables provoquent des accidents quand il existe de la suppuration pelvienne : il en est de même quand on les utilise pour ligatures d'orifice interne du col après l'hystérectomie. Quelque temps après l'opération, on voit souvent, dans ce dernier cas, des infections partant du canal cervical envahir la région où ont été faites les ligatures. Depuis que l'on possède du catgut bien stérilisé, l'auteur le préfère dans les cas de ce genre, et actuellement il étend peu à peu le champ d'action du catgut : le danger d'hémorragie tardive peut être facilement évité au moyen de quelques précautions. Il ne faut pas faire de ligatures en masse, à moins de lier en masse avec un catgut fin et de reprendre ensuite chaque vaisseau à part. Il faut toujours faire un triple nœud.

En résumé, l'auteur n'a presque jamais eu d'accidents avec les ligatures non résorbables, mais il croit qu'avec le catgut il arrivera à des résultats encore meilleurs. Mais il ne croit pas devoir recommander à tout opérateur indistinctement d'adopter cette manière de voir, car l'emploi du catgut est bien autrement difficile que celui de la soie; on ne devra que peu à peu substituer à cette dernière les ligatures résorbables, quand on aura acquis, par une longue pratique, l'expérience nécessaire.

E. Vogt.

La vaporisation et ses dérivés en gynécologie (*Therap. Monatshefte*, oct. 1898). — Pincus a fait à ce sujet une conférence à la *70e Réunion des Naturalistes et Médecins allemands* (10-54 sept. 1898, Dusseldorf). La vaporisation intra-utérine à la vapeur surchauffée permet d'éviter beaucoup d'opérations plus graves, destinées à remédier à des hémorragies utérines incoërcibles, à des catarrhes séniles, à des processus infectieux, etc. Si la méthode ne s'est pas répandue davantage, malgré les efforts du Pr Snegirew, de Moscou, cela a tenu aux défectuosités des instruments employés jusqu'ici. Actuellement, Pincus dispose d'une chaudière, de tubes de transmission, d'un cathéter et d'un tube d'échappement des vapeurs, permettant à ces dernières de s'échapper après utilisation. Nous renvoyons, pour la description de l'appareil et l'examen de la planche, au mémoire de l'auteur. La vapeur se précipite avec force dans le cathéter intra-utérin et ressort par un tube de dégagement; c'est en somme un thermocautère à vapeur d'eau. Pour éviter les explosions, la lampe à alcool qui sert à produire la vapeur dans la chaudière, présente un dispositif spécial. La température de la vapeur doit être de 110° environ.

Pour éviter de cautériser le col et le canal cervical, on entoure l'instrument, à l'endroit où il rencontre ces parties, d'un manchon de bois; la dilatation préalable du canal cervical est donc nécessaire. Si l'on a affaire à une hémorragie, le manchon devient inutile, car le sang qui s'échappe offre bientôt une protection suffisante sous forme d'un caillot, produit par l'action de la vapeur.

La narcose est inutile : pour protéger le vagin, on se sert d'un spéculum tubaire court, en bois; pour faire pénétrer le col dans le spéculum on se sert d'une pince spéciale que l'auteur décrit.

Une fois l'appareil mis en train, on voit bientôt la vapeur d'eau s'échapper par le tube de dégagement; ce n'est qu'à ce moment que l'action vraie de la vapeur peut se manifester, car cette dernière ne se refroidit pour ainsi dire pas quand elle circule activement à travers l'instrument et la cavité utérine. Si le thermomètre marque environ 100°, et que la vapeur d'eau cesse de s'échapper par le tube de dégagement, il faut en conclure que l'instrument est bouché : on retirera alors le vaporisateur et on le débouchera au moyen d'un fil de fer. Cet accident ne se présente plus depuis que l'auteur nettoie la cavité utérine à la sonde de Playfair avant d'introduire le vaporisateur. On arrive au même résultat si l'on utilise, dès le début, les hautes températures (110° et davantage); l'action caustique est alors beaucoup plus énergique et l'hémorragie cesse de suite. En général, cette hémorragie

cesse aussitôt que la coagulation s'effectue. Une action anesthésique marquée s'observe en même temps, et les contractions utérines, provoquées par la présence de caillots surchauffés, ne sont pas douloureuses. Une 1/2 minute de vaporisation suffit à tous les besoins : 10 à 15 secondes à 105-110° agissent *aussi bien* qu'une vaporisation de 30 secondes à 100°. Si l'on cherche à obtenir une oblitération de la cavité, on fera une première séance suivie d'évacuation minutieuse des caillots, et on terminera par une seconde vaporisation de 2 minutes à 110°, qui suffit à obtenir l'oblitération complète.

Entre deux interventions, on doit laisser s'écouler quatre semaines, pour permettre la régénération intégrale de la muqueuse utérine. A la suite d'une séance d'*atmocaustie* de moyenne intensité, l'escarre est éliminée au bout de 6 à 10 jours; si l'élimination se fait attendre davantage, il faut admettre qu'il y a eu cautérisation plus profonde et veiller à la perméabilité ultérieure du canal cervical. L'auteur n'a du reste observé que des strictures légères, et cela dans les premiers temps; depuis qu'il emploie le manchon de bois, cette complication n'a plus été constatée.

Les *oblitérations complètes préméditées* (voir plus haut) représentent, pour l'auteur, une méthode fort importante à considérer et destinée à remplacer l'hystérectomie totale. Elle a été pratiquée sur 5 malades atteintes de métrorragies incoercibles au moment de la ménopause. L'auteur se propose de l'utiliser aussi dans les cas de catarrhe sénile intense.

L'endométrite hémorragique ou gonococcique est justiciable de la méthode; les myomes sont de même favorablement influencés, à l'exception de la variété sous-muqueuse et des polypes. Il faut s'abstenir de toute vaporisation s'il existe un symptôme de malignité, à moins qu'on ne cherche qu'à obtenir un effet palliatif (cancers inopérables). Les affections tubaires contre-indiquent l'emploi de la méthode.

E. Vogt.

La colpotomie postérieure ou laparotomie vaginale comme opération exploratrice de la cavité pelvienne (Communication faite au *Congrès espagnol-portugais*, par le Dr C. Carrillo Cuerno). — Après un exposé historique des diverses phases qu'a subi la colpotomie postérieure jusqu'à nos jours, où elle peut être considérée comme une opération courante, du moment que ses indications sont précises, sa technique simple et ses dangers réduits au minimum, l'auteur établit la comparaison avec la laparotomie abdominale, trouvant à la première les avantages suivants : elle est d'une grande simplicité d'une exécution très rapide, d'une bénignité extrême et ne laisse pas de cicatrice abdominale ; comparée à la colpotomie antérieure, elle lui est encore supérieure car elle permet un accès plus facile et direct sur les lésoins péri-utérines enflammées et suppurantes, qui d'ordinaire occupent le cul-de-sac de Douglas : elle donne aussi une plus grande sécurité pour le drainage et rend presque impossible la blessure de la vessie et des urétères.

La colpotomie postérieure est l'opération qui permet le mieux d'explorer la cavité pelvienne, puisqu'elle permet de reconnaitre facilement, et en très peu de temps, par le toucher direct intra-péritonéal, la face postérieure de la matrice, les annexes et ses relations avec les parties environnantes: en plus, combinée avec la palpation abdominale, faite avec l'autre main, on peut faire descendre les annexes, ce qui constitue un excellent procédé quand les lésions sont limitées a la cavité pelvienne.

Les objections qu'on lui a faites ne peuvent résister à une bonne critique : le champ opératoire est assez large pour nous permettre d'arriver avec l'index jusqu'au détroit supérieur et limiter les collections purulentes ; quand celles-ci font hernie au cul-de-sac postérieur, elles sont directement explorées et ouvertes par cette voie, surtout quand le vagin est large, et, dans tous les cas, beaucoup mieux que par la laparotomie abdominale s'il s'agit de femmes ayant beaucoup d'embonpoint : ainsi, toutes les lésions pelviennes utérines ou péri-utérines doivent être abordées par la voie vaginale si le volume excessif des tumeurs ou l'extension des adhérences ne constitue pas une formelle contre-indication.

L'auteur a eu l'occasion d'exécuter cette opération dans vingt-sept cas pour lésions des annexes : quatre fois pour abcès pelvien diffus, et une fois pour tumeur rétro-utérine soudée complètement à la face postérieure du corps de la matrice et dont le diagnostic oscillait entre un kyste de l'ovaire uni à la face postérieure du corps de la matrice ou un myome sous-péritonéal.

L'opération est d'une grande simplicité et très peu grave, si bien que la plupart des malades opérées par le Dr Carillo dans son service de gynécologie de l'Ecole Pratique ont pu être transportées dans leur domicile, en voiture, quelques heures après l'opération, sans qu'il ait dû se repentir jusqu'à présent de cette conduite.

Après avoir décrit le manuel opératoire et donné quelques règles sur la conduite à suivre dans les divers cas qui peuvent se présenter dans la pratique, l'auteur déduit de son travail les propositions suivantes :

1° La colpotomie postérieure ou laparotomie vaginale est l'opération de choix pour explorer

le fond du pelvis, toute lésion utérine ou péri-utérine qu'on peut atteindre par le cul-de-sac Douglas doit être de préférence opérée par cette voie, si le volume excessif des tumeurs ou l'extention de ses adhérences ne constitue pas une contre-indication formelle.

2° Le champ opératoire que donne l'incision du cul de sac postérieur, suffit poup explorer en très peu de temps la cavité pelvienne. Dans les premières opérations, on opérera seulement les cas faciles, ceux dont les tumeurs sont petites et mobiles, gardant les plus difficiles pour quand on aura acquis une certaine habileté opératoire.

3° Les abcès, kystes et tumeurs de la base du ligament large de petit volume peuvent et doivent être opérés par le vagin, en combinant l'incision moyenne postérieure, avec celle du cul-de-sac latéral du même côté.

4° Si dans les grandes suppurations pelviennes accompagnées de mauvais état général de la malade, on arrive par le toucher vaginal à sentir la partie inférieure de ces tumeurs ou collections, on fera la colpotomie postérieure, gardant la castration totale pour une autre occasion, et cela seulement en cas de persistance d'une fistule vaginale ou en présence de nouvelles attaques de pelvi-péritonite

5° Quand les lésions évoluent d'une manière évidente vers la cavité abdominale, arrivant aux fosses iliaques et à la région ombilicale, la colpotomie sera une opération facile, peu grave et, dans quelques cas, évacuatrice.

6° La voie vaginale ne doit pas être utilisée pour l'extirpation des gros kystes de l'ovaire, encore qu'ils proéminent dans le cul-de-sac de Douglas, puisque les adhérences qu'ils peuvent avoir avec les organes voisins, et que la meilleure exploration clinique ne permet pas toujours de diagnostiquer, constituent des contre-indications de premier ordre.

Dr F, Berini.

Hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse par M. Demons (*XII^e Congrès français de Chirurgie*). — En présence d'accidents graves occasionnés par la présence d'un fibrome chez des femmes enceintes de 2 mois 1/2 à 5 mois, M. Demons s'est vu forcé de faire l'intervention radicale. Ses deux opérations ont été deux succès. Une troisième fois, il s'est abstenu et l'accouchement a eu lieu sans accident à terme. Il en conclut qu'on peut ne pas se hâter d'intervenir, mais que, si l'on a la main forcée, on peut réaliser dans de bonnes conditions une hystérectomie abdominale totale.

Aug. Benoit.

Hystérectomie abdominale totale et supra-vaginale comparées, par M. Terrier, de Paris (*XII^e Congrès français de Chirurgie*). — L'auteur possède aujourd'hui un total de 75 hystérectomies abdominales, dont 50 supra-viginales avec 5 insuccès, et 25 totales avec 6 décès. Il considère donc que si l'hystérectomie abdominale totale est une bonne opération, il n'en faut pas moins préférer, quand on le peut, l'hystérectomie supra-vaginale.

Aug. Benoit.

Section vaginale (*66^e Réunion de l'Association médicale britannique*, Edimbourg, 26-29 juillet 1898). — Archibald Donald a fait 59 fois l'incision du vagin pour affections des organes génitaux. Ces cas se décomposent en : 1° incision exploratrice, 18 cas; 2° incision pour suppuration pelvienne, 11 cas; 3° incision pour grossesse extra-utérine, 8 cas; 4° ovariotomie, 20 cas; 5° myectomie, 3 cas. Sur une malade, l'ovariotomie et la myectomie furent faites dans la même séance.

1° Cas se rapportant surtout à des pelvipéritonites : le plus souvent, l'opérateur put, à travers l'incision, aller rompre les adhérences avec le doigt. La voie vaginale est certainement préférable à la voie abdominale dans les cas de ce genre.

2° et 3° Au point de vue du traitement, on peut réunir ces deux subdivisions : dans certains cas de pyosalpinx, on peut espérer enlever la poche purulente toute entière, sans évacuation préalable du pus; il faut toujours tenter de le faire. Dans les autres cas (hématocèle avec ou sans grossesse extra-utérine par exemple), on fera l'incision, suivie du lavage de la poche.

4° Si la tumeur ovarienne est petite et bien située, il est facile de l'extraire par le vagin. Aussi faut-il hardiment recommander la voie vaginale pour les cas de ce genre, surtout actuellement, où l'asepsie du vagin est si aisément obtenue.

Si la tumeur est volumineuse, la question est plus difficile à trancher, mais il ne faut pas toutefois se laisser trop arrêter par le volume, les adhérences, etc. Seuls, les kystes fortement adhérents au péritoine pariétal ou au mésentère ne peuvent être enlevés par le vagin, ainsi que ceux qui dépassent l'ombilic : on peut toujours, du reste, revenir à la voie abdominale en cas d'insuccès, l'incision vaginale ne constituant pas un traumatisme de trop grande importance.

5° Myectomie. Pour les petits myomes, faciles à atteindre, la voie vaginale donne toute satisfaction : les indications opératoires sont les douleurs et les hémorragies.

Les avantages généraux de l'incision vaginale sont : 1° L'absence du shock, qui constitue un des dangers les plus menaçants quand on s'adresse à l'incision abdominale dans les cas graves ou

quand il s'agit de malades affaiblies. 2° La péritonite septique est évidemment plus rare avec l'incision vaginale; il en est de même de la parésie intestinale. On est, du reste, en rapports beaucoup moins directs avec les anses intestinales; on ne les voit souvent même pas au cours de l'opération. Enfin, si l'on trouve du pus, l'écoulement s'obtient bien plus facilement par la voie vaginale et l'infiltration dans la cavité péritonéale est beaucoup moins à craindre. 3° La convalescence est bien plus rapide, la guérison s'obtenant souvent en douze jours sans incident. 4° Le drainage est beaucoup plus parfait : une mèche de gaze dans le Douglas suffit, dans l'immense majorité des cas, à l'assurer. 5° On évite la cicatrice de la paroi abdominale, avec ses conséquences connues. 6° On surveille plus facilement le suintement sanguin du tissu cellulaire pelvien; on est souvent obligé, dans ce cas, lorsqu'on a choisi la voie abdominale, de tamponner au moyen de gaze, et l'extraction ultérieure de ces tampons est fort douloureuse et souvent malaisée. Les difficultés sont minimes par la voie vaginale. 7° La plupart des opérations deviennent plus simples dans leurs détails, l'exploration des organes pelviens est plus facile.

Les difficultés techniques sont rares, à moins qu'on ne se trouve en présence d'un vagin long, rigide et étroit. Il faudra, dans ce cas, chercher à abaisser l'utérus, avant d'intervenir : si la manœuvre est impossible, mieux vaudra abandonner la voie vaginale.

La crainte émise par quelques auteurs, que la cicatrice post-opératoire pourrait être un obstacle en cas de grossesse ultérieure, paraît à l'auteur ne se baser sur aucune constatation sur les malades : elle semble purement théorique. Le plus souvent, si on examine cette cicatrice au bout de quelques mois, on constate qu'elle est à peine perceptible au toucher.

Le prolapsus utérin post-opératoire n'a jamais été observé par l'auteur.

Si le pus envahit la cavité péritonéale, le danger sera certes moins grand qu'en cas d'incision abdominale, car le pus se dirige vers les parties déclives et s'écoule directement dans le vagin.

Les 60 opérations ont donné 4 décès : dans un de ces 4 cas, il existait, avant l'intervention, une septicémie grave; dans un autre, une ancienne péritonite et une cystite aiguë. Ces deux malades n'ont pu être sauvées et eussent certainement succombé en dehors de toute intervention. Restent donc 58 opérations avec 2 décès : dans un de ces deux cas, il existait certainement une tumeur maligne rétro-utérine; pas d'autopsie. Dans l'autre cas, il y eut une hémorragie interne.

En somme, les dangers de la méthode sont : 1° L'hémorragie; il ne faut donc pas trop se presser pour suturer l'incision vaginale. 2° La péritonite septique, accident de plus en plus rare avec les perfectionnements de la technique. 3° La péritonite aiguë, qui peut se développer à la suite des tractions trop énergiques sur des adhérences solides, ou à la suite de l'introduction de désinfectants trop irritants dans la cavité péritonéale. 4° Le traumatisme de l'intestin, en somme facile à éviter.

L'incision antérieure sera préférée dans les cas d'adhérences annexielles, de kystes du ligament large, de cellulite pelvienne, de myomes de l'utérus et lorsqu'on veut faire une incision exploratrice.

L'incision postérieure est indiquée dans les cas de pyosalpinx, d'hématocèle, de grossesse extra-utérine, de tumeur ovarienne en général.

Le drainage idéal est obtenu avec la gaze iodoformée.

En résumé, l'incision vaginale n'est pas une panacée, mais son adoption constitue un grand progrès pour la chirurgie des organes pelviens, et ses indications deviennent de plus en plus nombreuses.

E. VOGT.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Ex-Interne des hôpitaux

Le tannoforme en pédiâtrie (*Klin.-ther. Wochenschrift* n° 40 1898). — Résumé de 119 cas d'affections gastro-intestinales chez des enfants, traités par l'administration de paquets de tannoforme (4 par jour, chaque paquet de 0 gr. 30 en moyenne). L'effet astringent est certain, et comme le médicament est un produit de condensation de l'acide gallique et du formol, on obtient en même temps une action antiseptique. LANDAU se montre très satisfait des résultats obtenus, surtout dans les cas de catarrhe aigu et d'entérite folliculaire : dans les cas chroniques, l'effet est parfois peu marqué.

On fera bien, le plus souvent, de commencer le traitement par l'administration d'un laxatif (huile de ricin par exemple).

E. VOGT.

La ponction lombaire chez les enfants (*70e Réunion des Naturalistes et Médecins allemands*, Dusseldorf 19-24 septembre 1898). — PFAUNDLER a eu l'occasion de faire, dans ces dernières années, environ 200 ponctions lombaires à la clinique pédiâtrique de Graz (Autriche), ce qui semblerait indiquer que l'on recourt facilement à cette intervention dans la clinique en question.

On obtient de remarquables résultats, à la suite des ponctions lombaires, en présence des symptômes suivants : céphalalgie, hyperesthésie, convulsions, délires et agitation. L'intervention est extrêmement facile chez l'enfant et ne saurait être trop recommandée aux praticiens.

Ces conclusions, adoptées par quelques orateurs, surtout en ce qui concerne la méningite cérébro-spinale épidémique, ont été combattues par Fischl, qui considère la ponction comme superflue et peu pratique : c'est une méthode thérapeutique qui ne paraît pas appelée à se répandre beaucoup dans le public médical.

E. Vogt.

Diagnostic et traitement de la syphilis congénitale, par Comby (*Médecine moderne*, n° 75, p. 393, 1898). — Le traitement de la syphilis héréditaire des nouveau-nés échoue presque toujours quand les enfants sont élevés au biberon.

Le traitement indirect par l'administration du mercure à la mère est insuffisant, car les proportions de mercure qui passent dans le lait sont infinitésimales. Il faut donc traiter directement l'enfant.

Le mercure est seul nécessaire et suffisant dans la première année, l'iodure sera réservé pour la seconde, la troisième année.

On peut administrer le mercure par la bouche sous forme de liqueur de Van Swieten : 10 gouttes par jour les premiers mois, en augmentant de 10 gouttes par mois d'âge. Mais il vaut mieux éviter d'irriter l'estomac de l'enfant et avoir uniquement recours aux frictions qui sont admirablement supportées, puisque la stomatite mercurielle est inconnue chez l'enfant.

Les frictions seront faites tous les matins, pendant cinq minutes, avec un chiffon de flanelle sur lequel on étend un gramme et même deux grammes d'onguent napolitain. On aura soin de changer chaque jour l'emplacement de la friction.

S'il y a des syphilides cutanées, on donne en même temps, tous les jours, un bain de sublimé à 1 pour 10,000, dans une baignoire en bois ou émaillée. En même temps, on panse les lésions locales avec l'emplâtre de Vigo, la pommade au calomel à 1 pour 10. Le traitement mercuriel est continué tous les jours pendant trois mois.

Le quatrième mois, on laisse 10 jours de repos à l'enfant ; le cinquième mois, 15 jours ; puis on cesse le traitement un mois ou deux (sauf retour d'accidents).

La seconde année, on fait des frictions mercurielles un mois sur trois ; on donne l'iodure de potassium (0 gr. 20 par jour) également un mois sur trois. La troisième année, on continue les frictions un mois sur trois et on porte la dose d'iode à 0 gr. 40. La quatrième année, on ne fait plus de frictions ; on donne l'iodure (0 gr. 50) un mois sur quatre.

G. Lyon.

Traitement de l'ictère infectieux chez les enfants (*Thérapeutique russe*, n^os^ 5, 7 et 8, 1898). — Dans 96 cas, Kystèle a employé avec succès le traitement suivant :

Il commence par administrer du calomel à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 06 ; s'il n'y a pas de selle, il prescrit de l'huile de ricin.

Le lendemain, et pendant dix jours consécutifs, il donne tous les jours quatre paquets de calomel. On n'a pas observé de stomatite en prescrivant des gargarismes habituels ; les douleurs de ventre disparaissaient dès qu'on suspendait l'administration du calomel.

A un certain nombre de malades, on administrait, en même temps que du calomel, de légers purgatifs.

Si, avec le traitement que nous venons de décrire, prolongé pendant 10 à 15 jours, l'ictère ne disparaissait pas, on administrait une solution de soude à 1 0/0 à la dose de quatre cuillerées à dessert ou à thé par jour ; comme moyens thérapeuthiques adjuvants, on donnait de l'eau de Vichy, ou bien, pendant la période apyrétique de la maladie, de l'huile de foie de morue et des lavements abondants.

B. Taft.

Action modificatrice exercée sur la fièvre chez les enfants, par diverses substances appliquées en badigeonnages cutanés. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1898). — Finkelstein a fait des expériences dans ce sens avec les substances suivantes : infusion de muguet, d'apocynus cannabinus, d'hydrastis canadensis de viburnum prunifolium, solutions de sulfate d'atropine, de chlorhydrate de pilocarpine, de vératrine, d'ichtyol, menthol, d'urétane, de camphre, de formaline, d'éther sulfurique, d'huile de croton, digitale, strophantus, naphtol, etc. Il n'a constaté aucune action sur la température pour un grand nombre de ces substances.

Les badigeonnages avec de l'infusion de digitale, de strophantus, d'extrait de seigle, de noix vomique, de curare ont déterminé, dans quelques cas, une diminution de la température ; en revanche, des badigeonnages pratiqués avec du naphtol B sur des régions limitées du corps ont provoqué une diminution de la température dans 86 pour 100 des cas. Cet abaissement atteignait parfois 3, 2 degrés ; il commençait pendant la première heure qui suivait le badigeonnage et arrivait à son maximum au bout de deux heures ; après, la température s'élevait de nouveau sans ordinairement dépasser la hauteur initiale.

L'abaissement de la température s'accompagnait d'une diminution de fréquence du pouls et de la respiration, tandis que l'élévation s'accompagnait, au contraire, d'une augmentation de fréquence du pouls et de la respiration.

Les badigeonnages pratiqués avec du naphtol sous forme de pommade exercent une action plus énergique que les badigeonnages au naphtol en solution.

L'abaissement de la température ne s'accompagne pas, à quelques exceptions près, de transpiration ; en outre, lorsque la température s'élève de nouveau, cette élévation n'est pas accompagnée de frisson.

Ni le lieu, où les badigeonnages étaient pratiqués, ni l'étendue de la région badigeonnée n'exercent aucune action sur le degré d'abaissement de la température,

Les badigeonnages pratiqués le matin, lorsque la température a de la tendance à s'élever, agissent moins énergiquement que les badigeonnages faits le soir, Plus la température initiale est élevée, plus la marche de la fièvre s'approche de la fin, plus efficace est l'action des badigeonnages. Chez les enfants chez lesquels la température est normale, les badigeonnages au naphtol ne déterminent pas d'abaissement ; mais, si la température est au-dessous de la normale, il ne provoquent pas d'élévation.

La quantité de naphtol nécessaire pour un badigeonnage est en moyenne de 20 à 25 gouttes de la solution, composée de la façon suivante :

Naphtol B.....	1 partie
Alcool à 70 degrés.....	4 parties

Par des badigeonnages répétés, l'auteur a pu arriver à obtenir un abaissement de température assez prolongé.

Le degré d'abaissement fut loin d'être le même chez tous les malades. Ainsi, chez les tuberculeux (4 cas) l'action hypothermique a été diverse et inconstante. Dans la pneumonie franche aiguë (11 cas) et la fièvre typhoïde (65 cas) cette action hypothermique a été très considérable ; elle a été moins prononcée dans la scarlatine.

Les badigeonnages ne semblent pas avoir exercé d'action sur l'évolution du processus pathologique.

L'action locale s'est manifestée par une rougeur peu intense de la peau, et une sensation de cuisson peu prononcée. Quand aux accidents du côté des viscères, on n'en a observé aucun. L'absorption du naphtol a été si peu prononcée qu'il a été très difficile de constater la présence de cette substance dans les urines.

Le naphtol, administré à l'intérieur ou sous forme d'inhalations, n'a déterminé aucun abaissement de température.

L'abaissement de la température générale s'est accompagné d'un abaissement de la température cutanée, en même temps que diminuaient la transpiration et la radiation cutanée, ce qui prouve que l'abaissement de la température n'est pas déterminé par un rayonnement calorifique exagéré.

L'administration interne simultanée de l'extrait d'ergot de seigle ou de l'hydrate de chloral n'exerce aucune action sur l'abaissement de température résultant des badigeonnages.

En administrant simultanément du chlorhydrate de pilocarpine, on rend plus efficace l'action hypothermique des badigeonnages, tandis que, en administrant du sulfate d'atropine, on rend cette action moins énergique.

C'est en se basant sur ces faits que l'auteur cherche à expliquer l'action hypothermique des badigeonnages au naphtol B par l'action réflexe sur les centres calorifiques : quand à sa cause initiale, elle résiderait d'après l'auteur, dans la diminution des calories.

B. TAFT.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'angélique (*Klin.—ther. Wochenschrift*, n° 41, 1898). — FRŒLICH conseille de reprendre l'étude pharmacologique de la racine d'angélique, remède populaire au Moyen Age, que la valériane a détrôné à tort selon lui, et qui entre aujourd'hui encore dans la composition de nombre d'élixirs débités par les guérisseurs, en Allemagne du moins.

L'auteur a pu constater à plusieurs reprises que l'action stomachique, stimulante, diaphorétique et antispasmodique de la drogue est très nette, et exempte d'inconvénients.

E. VOGT.

Contribution à la technique du massage (*Thérapeutique russe*, nos 7 et 8, 1898). — Ne reconnaissant au massage qu'une action purement mécanique qui tend à rétablir et à régulariser la circulation, GOLIAKHOWSKY estime qu'il est indispensable de masser dans la direction du courant du sang veineux et de la lymphe.

Il conseille donc de commencer le massage dans les régions centrales de l'organe et de le con-

tinuer dans la direction du courant de la lymphe et du sang veineux, en descendant de plus en plus vers la périphérie, en suivant toujours en un mot la direction centripète.

L'auteur se base sur ce fait que, dans le massage ordinaire, où l'on commence par la périphérie, il se forme, dans la portion relativement plus centrale de l'organe, une stase de lymphe momentanée, qu'on est forcé de vaincre en s'approchant de la périphérie vers le centre.

Au contraire, dans le massage tel que le préconise l'auteur, où l'on commence par la partie centrale, les vaisseaux lymphatiques centraux se vident si complètement que le courant centrifuge de la lymphe se fait facilement et librement.

Les observations que l'auteur a pu faire confirment ces considérations purement physiologiques; il a pu constater que le nouveau procédé donnait des résultats de beaucoup supérieurs à ceux qu'on obtenait par l'ancien procédé.

B. Taft.

Emploi de la nucléine comme agent thérapeutique, par J.-H. Burch (*Medical News*, t. LXXII, p. 551, 1898). — La lecture des journaux, au sujet de l'emploi de la nucléine, nous montre peut-être le plus clairement l'état d'esprit médical actuel. Tandis qu'un petit nombre d'observateurs consciencieux, tels que Vangher, Metchnikoff et Amer, ont discrètement travaillé à démontrer l'utilité de cet agent thérapeutique et les limites de son emploi; d'autres, guidés par un empirisme grossier, ont étendu son usage aux cas les plus divers et les plus contradictoires.

L'auteur se souvient des espérances que ces opinions lui avaient données, et des désappointements que lui ont occasionnés sa confiance en ces observations multipliées.

L'auteur est arrivé à conclure que la nucléine n'a aucune action sur l'anémie simple, non plus que sur l'anémie pernicieuse, non compliquée d'altération leucocytaire.

Si on étudie avec soin la nucléine en soi, ses origines chimiques et son action physiologique, et si on fait des examens consciencieux du sang, on arrive à conclure que la nucléine n'est un agent utile que pour permettre la réfection des globules blancs.

A. Chassevant.

Les bains de boues (1er *Congrès d'Hydrologie*, 3 oct. 1898). — Thiroux a fait sur ce sujet un rapport dont il y a lieu de retenir quelques conclusions :

1° *Action sur la respiration.* — Accélération du nombre et diminution d'amplitude des mouvements respiratoires.

2° *Circulation.* — Elévation de la tension artérielle. Augmentation du nombre des pulsations.

3° *Système osseux.* — Resserrement des surfaces articulaires. Sensation de compression. Stimulation de la nutrition de l'os.

4° *Température.* — Elévation de la température centrale et périphérique.

5° *Nutrition.* — Accroissement des combustions. Elimination plus grande des déchets organiques.

6° *Action locale.* — *Emolliente.* — Grâce au contenu végétal : tourbe, algues diverses, conferves, barégine.

Compressive. — Décongestionnante et régulièrement progressive augmentant avec l'immersion.

Action massante. — Stimulation de la circulation cutanée et de la circulation intra-musculaire. Résolutive.

Thermique. — Toute spéciale par le degré de la grande élévation possible de la température du bain et par sa durée qui peut être prolongée sans inconvénient pour le malade.

Statique. — Véritable *suspension flottante* avec limitation des mouvements latéraux. — Action sédative par excellence.

En résumé, on se trouve en présence d'une action stimulante, si l'on envisage l'état général, combinée à une action résolutive localisée, d'où découlent les indications thérapeutiques. (Goutte, rhumatisme chronique, polyarthrite déformante, etc.)

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

(*Suite*)

Arsenic. — Acide arsénieux, 0 gr. 001 à 0 gr. 010, sous forme de granules de Dioscoride (contenant chacun un milligramme d'acide arsénieux).

Il est préférable d'administrer les préparations arsénicales en solutions, diluées dans une assez grande quantité d'eau, toujours au milieu des repas.

Arséniate de soude (0 gr. 002 à 0 gr. 010) :

Arséniate de soude....	0 gr. 10
Eau distillée	300 grammes

Une cuillerée à soupe à chaque repas (0 gr. 005 d'arséniate de soude par cuillerée).

Ou *liqueur de Pearson* à la dose de X à XXX gouttes à chacun des deux principaux repas (XII gouttes = 0 gr. 001 d'arséniate de soude).

Ou : Arséniate de soude...		0 gr. 10
Sirop de quinquina.	aà	200 grammes
Sirop de gentiane...		

Une cuillerée à soupe à chaque repas (0 gr. 005 par cuillerée).

Arsénite de potasse :

Liqueur de Fowler, II à XX gouttes par jour (XXIII gouttes, ou un gramme de cette liqueur, contiennent un centigramme d'acide arsénieux).

Eau de la Bourboule :

Contient environ un centigramme d'arséniate de soude et 3 grammes de chlorure de sodium par litre. Dose : un demi-verre à un verre avant chaque repas, édulcorée ou non avec du sirop d'écorces d'oranges amères ou du sirop de bourgeons de sapin.

Supprimer l'arsenic si la diarrhée ou les crampes d'estomac surviennent.

Iode. — Surtout utile dans les tuberculoses des sujets jeunes, avec adénopathies superficielles ou viscérales (carreau, adénopathie trachéo-bronchique).

S'emploie surtout sous forme de sirop iodo-tannique ou de sirop de raifort iodé (à la dose d'une cuillerée à soupe, à la fin de chaque repas).

Le premier contient 0 gr. 04 d'iode et 0 gr. 16 de tannin par cuillerée; le second 0 gr. 02 d'iode.

Phosphates. — On prescrit les phosphates de chaux insolubles ou le phosphate soluble (phosphate monocalcique ou phosphate acide de chaux, ou biphosphate de chaux), les premiers à la dose de 2 à 10 grammes par jour, en cachets, en suspension dans le potage ou une purée, le second, en solution ou sirop; le phosphate de soude se prescrit à la dose de 1 à 5 grammes.

Sirop de chlorhydro-phosphate de chaux du Codex; 2 cuillerées à bouche par jour (0 gr. 25 de phosphate de chaux par cuillerée).

Tannin	0 gr. 15
Phosphate de chaux.....	0 gr. 75

pour un cachet. 2 à 6 par jour.

Sirop iodo-tannique ...	300	grammes
Biphosphate de chaux.	20	—
Solution de Pearson...	10	—

une cuillerée à bouche à chaque repas.

Phosphate de soude...	6	grammes
— de potasse..	3	—
Vin de Bagnols.....	200	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	60	—

un verre à liqueur à la fin de chaque repas.

Les hypophosphites de chaux, de soude se prescrivent à la dose de 0 gr. 25 à 1 gramme par jour en solution ou sirop.

Phosphore sous forme d'huile phosphorée :

Huile de foie de morue,	300	grammes
Créosote	15	—
Huile phosphorée au 1000e	30	—

deux cuillerées à bouche. (Marfan.

Chlorure de sodium :

Eau distillée.....	100	grammes
Chlorure de sodium...	10	—
Bromure de sodium...	5	—
Iodure de sodium	2 gr.	50

une cuillerée à café matin et soir dans du lait. (Potain).

Tannin : (0 gr. 10 à 1 gramme par jour), en cachets, pilules, potion :

Tannin à l'alcool.....	20	grammes
Glycérine	150	—
Alcool	50	—
Vin de Banyuls	800	—

un verre à bordeaux après chaque repas. (Arthaud.

Créosote	10	grammes
Tannin à l'alcool.....	20	—
Phosphate de chaux...	10	—

pour 40 cachets. 2 à 4 par jour, au milieu des repas.

G. Lyon.

(A suivre.)

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — M. le Ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux médecins ci-après désignés, qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité :

Médailles de vermeille. — M. le Dr Blanquinque, de Laon.

Médaille d'argent. — MM. les Drs Bertin et Leduc, de Nantes ; Devé, de Beauvais ; Fleury, de Saint-Etienne ; Gautrez, de Clermont-Ferrand ; feu le Dr Heydenreich et M. le Dr Macé, de Nancy ; MM. les Drs Pauthier, de Senlis ; Delmas et Février, médecins militaires.

Médaille de bronze. — MM. les Drs Attimont, de Nantes ; Blé et Filaudeau, de la Roche-sur-Yon ; de Crévoisier, de Briey ; Dulac, de Montbrison ; Huguet, de Clermont-Ferrand, Auger, médecin cantonal des épidémies à Bolbec, membre du conseil de l'arrondissement du Havre ; **Imbeaux**, de Nancy.

La revision du procès Boileux-La Jarrige. — Le *Gil Blas* prétend qu'on vient de convaincre de faux témoignage un des principaux témoins à charge dans le procès intenté, il y a deux ans, aux deux médecins, MM. Boileux et La Jarrige, ce qui va déterminer ce dernier à poursuivre devant la Cour de cassation la revision de son procès. En a-t-elle le temps ?

Association de la Presse médicale française. — Le 4 novembre 1898 a eu lieu la 42e réunion de l'Association de la Presse médicale sous la présidence de M. Cornil. — Vingt-deux personnes y assistaient.

I. — Le secrétaire général a donné connaissance de la lettre reçue de la direction de l'Exposition de 1900, à propos de la visite des chantiers. Une circulaire explicative a été envoyée en son temps aux membres de l'Association.

II. — M. Bérillon a rendu compte de sa mission comme délégué de l'Association au Congrès international d'Hydrologie de Liège.

III. — Seront mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion les questions suivantes :

1°. Le Congrès de Déontologie médicale de 1900. (Proposition de M. Noir.)

2° Organisation en 1900 d'un Congrès international de la Presse médicale, fonctionnant d'une façon autonome (proposition de M. Blondel), ou comme section spéciale du grand Congrès international des Sciences médicales (idée émise au Congrès de Rome en 1894).

3° Création d'un Club médical à Paris (proposition de M. Doléris).

Hémostase sur le champ de bataille. — Dans la dernière campagne des troupes anglaises un médecin militaire, l'aide-major Hugo, a fait preuve d'un grand sang-froid et d'une présence d'esprit qui méritent d'être signalés.

Un lieutenant venait de recevoir un coup de feu à l'épaule qui avait déterminé une abondante hémorragie et il allait infailliblement mourir quand l'aide-major Hugo vint à son secours. C'était le soir, et le feu était trop vif pour qu'il fût possible d'éclairer la blessure. Hugo fit craquer une allumette qui fut presque aussitôt éteinte par la poussière et le vent que souleva une pluie de balles ; il avait eu cependant le temps de reconnaître la nature de la blessure ; il saisit l'artère et, ne pouvant faire de ligature, il la tint comprimée pendant trois heures avec ses doigts. Lorsque l'ennemi se fut éloigné, il releva l'officier, évanoui à la suite de la grande perte de sang qu'il avait faite et assura, toujours sans lâcher l'artère, son transport en lieu sûr, où il reçut les soins nécessaires.

Le cerveau de Bismarck. — Le cerveau de Bismarck ne pesait pas moins de 1,807 grammes. Or, si l'on doit faire les plus expresses réserves sur la rectitude du jugement et les procédés politiques du prince, il n'est pas possible de nier qu'il ne fut une grande intelligence. Le poids moyen du cerveau d'un européen instruit oscille entre 1,350 et 1,400 grammes. Parmi les hommes illustres dont on a fait l'autopsie, nous savons que l'encéphale de Dante pesait 1,470 grammes, celui de Schiller 1,596, celui de Kant 1,624, celui de Byron 1,792, et celui de Cuvier 1,828 grammes. S'il n'y a pas erreur dans les pesées, Bismarck, après Cuvier, détiendrait aujourd'hui le record cérébral.

Il est à noter que, contrairement à ces volumineux cerveaux, celui de Gambetta ne dépassait pas la moyenne.

Corps étranger de l'oreille; tentatives d'extraction faites sur l'autre oreille. — *Les Annales des maladies de l'oreille* rapportent d'après un journal allemand, le fait assez singulier qui suit et qui a été observé par le Dr Walther :

Une enfant de 4 ans est conduite chez un médecin non spécialiste pour une sorte de perle métallique qu'elle a dans l'oreille et qui est parfaitement visible; il essaye de la saisir avec un instrument, puis avec un autre, fait des injections; le corps étranger s'enfonce, l'oreille saigne, l'enfant se débat et le praticien, de guerre lasse, abandonne la partie. Le lendemain l'enfant est amenée à la clinique où l'on constate que les deux oreilles ont saigné. L'otoscopie fait voir le corps étranger dans l'oreille droite, tandis que les renseignements des parents et le tentatives d'extraction portent sur l'oreille gauche; le conduit de cette dernière est, en effet gravement lacéré et le tympan perforé; du côté du corps étranger, les lésions sont moins importantes. L'extraction est faite sous chloroforme à l'aide d'une anse et les lésions traumatiques guérissent sans incidents. Les tentatives d'extractions ont évidemment été commencées du bon côté, puisque le corps étranger était bien visible; puis, l'enfant se débattant à bon droit, échappant aux mains de sa mère, tourna si bien que l'opérateur confondit les oreilles et continua à opérer à l'aveuglette du côté opposé, qu'il endommagea d'une manière impardonnable.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Médecine et de Thérapeutique, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais. 10 vol. in-8° de 850 à 950 pages, illustrés de figures. J.-B. Baillère et fils, Paris. Prix de chaque volume..... 12 fr.

Tome V. — *Maladies du foie, de la rate, du pancréas, des reins, de la vessie et des organes génitaux.* 1 vol. gr. in-8° de 1,000 pages avec figures..... 12 fr.

Le tome V du *Traité de Médecine*, publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, vient de paraître; c'est un livre remarquable que l'on peut recommander en toute sécurité et qui contient en particulier deux articles très importants très bien traités et parfaitement au point; je veux parler des *Maladies du foie*, par MM. Gilbert, Fournier, Garnier et Surmont et des *Maladies des reins*, par M. Chauffard. Les noms des auteurs sont d'ailleurs une garantie de la valeur des articles. Nul n'était mieux préparé que M. Gilbert, élève et collaborateur du professeur Hanot pour faire un traité des maladies du foie, car en somme, c'est un véritable traité (500 pages). Quant à M. Chauffard, tout ce qu'il écrit est clair, précis, bien exposé; son article permet de le constater une fois de plus.

Les autres articles (*Maladies des glandes salivaires*, par Dupré; *Maladies du pancréas*, par Richardière et Carnot; *Maladies de la rate*, par Launois; *Séméiologie des urines*, par Jeanselme, *Maladies de la vessie et des organes génitaux de l'homme*, par Guinon; *Maladies des organes génitaux de la femme*, par Siredey) sont tous à lire; ils sont tous très bons, bien qu'avec des qualités différentes.

Comme dans les volumes précédents, il a été donné à la séméiologie et à la pathologie générale une place qu'on leur refuse habituellement dans les traités de pathologie : l'innovation, très heureuse, mérite d'être encouragée. A notre époque, la pathologie générale tend à prendre partout le premier rang; les faits recueillis par l'observation sont de plus en plus nombreux; l'histoire clinique des maladies est fouillée dans ses moindres détails et, sans un lien entre ces notions éparses, sans des idées suffisamment nettes de pathogénie et des éméiologie générales, ce serait un chaos inextricable de notions analytiques. La pathologie générale est la philosophie de la médecine : grâce à elle, les faits de détails se groupent et s'éclairent; il devient beaucoup plus facile et beaucoup plus intéressant d'observer les malades et de retenir l'histoire des maladies.

Nice Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Académie de Médecine. — La séance publique annuelle de l'Académie de médecine a eu lieu hier et les prix suivants ont été décernés.

Prix de l'Académie, 1,000 francs, à M. le docteur Jacquemart, de Paris.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil); 800 francs, partagé entre le docteur Fiquet, de Paris, et M. Touchart (F.), professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Prix Aubert : 500 francs partagé entre M. le docteur Küss, de Paris, et M. le docteur Tartière (Emile), médecin-major de 1re classe au 104e d'infanterie, au Mans.

Prix François-Joseph Audiffred; un titre de 24,000 francs de rente : un encouragement de 2,000 francs à M. le docteur Auclair (Jules), de Paris et un encouragement de 500 francs à MM. les docteurs Auché et Hobbs (J.), de Bordeaux.

Prix Baillarger, 2,000 francs : 1,000 francs à M. le docteur Garnier (Paul), de Paris: 500 francs à MM. les docteurs Cololian (P.) de Paris, et Lalanne (R.), de Maréville (Meurthe-et-Moselle); 500 francs à MM. les docteurs Vigouroux, médecin de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher): et Colin (Henri), médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon (Eure), une mention honorable à M. le docteur Paris (Alexandre), de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Prix Barbier, 2,000 francs : 1,200 francs à MM. les docteurs Cerny (S.) et Trunecek (C.), de Prague; 800 francs à M. le docteur Wéglenski, de Paris; une mention honorable à M. le docteur Dumont (Louis), de Saint-Vaury (Creuse).

Prix Charles Boullard, 1,200 francs : 800 francs sont décernés à M. le docteur Gilbert Ballet, de Paris; 400 francs à M. le docteur Manheimer (Marcel), de Paris.

Prix Mathieu Bourceret : 1,200 francs à M. Frédet (Pierre), prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris; une mention honorable à MM. les docteurs Weber (A.), de Paris, et Deguy (M.).

Prix Henri Buignet : 1,500 francs, à M. le docteur Gribert (Léon), pharmacien en chef de l'hôpital Cochin (Paris).

Prix Adrien Buisson, 10,500 francs: 1,000 francs à M. le docteur Frenkel, de Henden (Suisse) : 1,000 francs à M. le docteur Jayle (F.), de Paris; 500 francs à M. le docteur Petit (Raymond), de Paris.

Prix Capuron, 1,400 francs à M. le docteur Rondino (Antoine), de Naples.

Prix Chevillon, 1,500 francs: 1,000 francs à MM. les docteurs Guinard (A.), et Livet (G.) de Paris; une mention honorable à M. le docteur Duvrac (E.) de Bour-Achard. (Eure).

Prix Civrieux, 1,000 francs: 800 fr. à M. le docteur Pécharman, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise); 200 francs à MM. les docteurs Marie (A.), directeur, et Vigouroux (Auguste), médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher); une mention honorable à M. le docteur Athanassio, de Bucarest.

Prix Clarens. 400 francs à M. le docteur (A.-J.), de Paris ; une mention très honorable à MM. les docteurs Fluteau (J.-P.). médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles, et Carlier (G.), médecin-major de 2e classe, à Oran.

Prix Daudet, 1,000 francs à MM. les docteurs Albert et Henri Malherbe, de Nantes.

Prix Desportes, 1,300 francs; 900 francs, à MM. les docteurs Linossier (G.) et Lannois (M.), de Lyon ; des mentions honorables avec une somme de 200 francs à M. le docteur Bosquier (R.), de Lille, et M. Cagny (Paul), médecin vétérinaire à Senlis.

Prix Falret, 900 francs; 700 francs à M. le docteur Laurent de Perry, à Bordeaux.

Concours Vulfranc Gerdy. L'Académie a versé, en 1898, les sommes suivantes à MM. les stagiaires: 1,500 francs à M. Griner, pour sa mission dans la province d'Oran; 1,500 francs à M. Faure, pour sa mission à Saint-Sauveur; 1,500 francs à M. Cadol, pour sa mission à Molitg et Le Vernet.

Prix Ernest Godard, 1,000 francs, à M. le docteur Bensaude (Raoul), de Paris; une 1re mention à M. le docteur Ingelrans (Léon), de Lille ; une 2e mention à M. le docteur Magnin (Jules), de Paris, et une 3e mention à MM. les docteurs Barbaud (Ch.), Lefèvre (Ch.) et Rouillard.

Prix Herpin, de Metz, 1,200 francs, à M. le docteur Janet (Jules), de Paris; mentions honorables à MM. les Docteurs Guiard (F. P.), de Paris, et Huguenard (J. A.), médecin-major de 1re classe en retraite, à Courchaton (Haute-Saône).

Prix Théodore Herpin, de Genève, 3,000 francs : 1,200 francs à M. le docteur d'Astros (Léon), de Marseille; 1,200 francs, à M. le docteur Catrin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Valenciennes, 690 francs à M. le docteur Gerest (J. M.), de Lyon, et une mention honorable à M. le docteur Combe (Adolphe), de Lausanne.

Prix Huguier, 3,800 francs, à MM. les docteurs Labadie-Lagrave (F.) et Legueu (Félix), de Paris.

Prix Laborie, 5,000 francs : 2,400 francs à M. le docteur Kirmisson (E.), de Paris ; 2,400 francs à MM. les docteurs Poncet (Antonin), et Bérard (Léon), de Lyon, et 200 francs à M. Mouchet (Albert), interne des hôpitaux de Paris.

Prix Laënnec, 500 francs, à M. le docteur Claisse (Paul), de Paris.

Prix du Baron Larrey, 500 francs, à MM. les docteurs Burot (F.), médecin principal, et Legrand (M.-A.), médecin de 1re classe de la marine, à Rochefort; une mention honorable à M. le docteur Pécheux, médecin aide-major de 1re classe au 144e régiment d'infanterie, à Bordeaux.

Prix Laval, 1,000 francs, à M. Laufer (Joseph), étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Louis, 4,000 francs, à M. le docteur Héricourt (J.), chef-adjoint du laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Paris.

Prix Mège, 900 francs, partagé entre M. le docteur Garel (J.), de Lyon et M. le docteur Guder (Ernest), de Genève,

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme), 2,600 francs : 1,000 francs à M. le docteur Mignon, médecin-major de 1re classe au 22e régiment d'artillerie, à Versailles : 500 francs à M. le docteur Bonnier (Pierre), de Paris, et à M. le docteur Collinet (Paul), de Paris; 200 francs à M. le docteur Gélineau, de Paris, à M. le docteur Lœwenberg, de Paris, et à M. le docteur Malherbe (Aristide), de Paris.

Prix Adophe Monbinne, 3,000 francs. : 1,500 francs à M. le docteur Legrain (Emile), de Bougie (Algérie); mention honorable à M. le docteur Loir (Adrien), directeur de l'Institut Pasteur, de Tunis, et à M. le docteur Marchoux (E.), medecin des colonies; une somme de 1,500 francs à M. le docteur Huguet, médecin-major de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa.

Prix Nivet, 3,000 francs, à M. le docteur Arnould (E.)., médecin-major de 2e classe au 45e régiment d'infanterie, à Lille; mentions honorables à M. le docteur Mangenot, de Paris, et à M. le docteur Arnaud (O.), médecin-major de 2e classe, adjoint à la direction du service de santé du XIIe corps d'armée, à Limoges,

Prix Orfila, 2,000 francs, à MM. les docteurs Guinard, de Lyon, et Dumarest (F:), d'Hauteville (Ain).

Prix Oulmont, 1,000 francs, à M. Pasteau (Octave), interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Prix Portal, 600 francs : 400 francs à M. le docteur Claude (H.), de Paris, et 200 francs à MM. les docteurs Henriquez et Hallion, de Paris.

Prix Henri Roger, 2,500 francs : à M. le docteur Sevestre (A.), de Paris; mention très honorable à M. le docteur Comby (J.), de Paris.

(A suivre).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de méd. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8e avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

1898

A

Abbott-Cantrell, 382.
Abloff, 24.
Afanassieff, 270.
Ahlfeld, 98.
Alabern, 200.
Albarran, 241, 635, 653, 685, 819, 852.
Albers-Schœnberg, 240.
Albertin, 346.
Albert-Weil (E.), 32.
Albu, 341.
Alexander, 773.
Alexandroff, 778.
Alexieff, 463, 571.
Allison, 853.
Allister (Donald Mac), 90.
Alvarez-Salazar, 845.
Alvin, 609.
Anders, 124.
André, 769.
Andreieff, 32.
Angelesco, 711.
Anger (Th.), 521.
Anistimoff, 736.
Anouffrieff, 29.
Apostoli, 21, 103, 240, 417, 577, 813.
Archangelsky, 211.
Arkhancelsky, 262.
Armaignac, 558.
Arnozan, 415.
Arragon, 381.
Asmouss, 273.
Athanassio, 239.
Aubineau, 206.
Aufrecht, 212.
Augé, 735.
Auguy, 376.
Autouschewitsch, 99.

B

Bachmann, 310.
Baillière, 252.
Bain, 594.
Bang, 564.
Bar, 320, 740.
Barbe, 818.
Barbera (Faustino), 421.
Barbier, 336, 371.
Barcock, 535.
Bardet, 194, 337, 445, 728, 768.
Bardiaux, 752.
Barlow, 96.
Barré (Henri), 4, 44.
Barstcheswski, 32.
Barth, 17.
Baruch, 770.
Bastianelli, 496.
Batschevitsch, 386.
Bayer, 237, 341, 847.
Bazy, 171, 242, 603.
Bechtereff, 130.
Beck (Carl), 730.
Béclère, 197.
Begouin, 172, 203.
Bekmann, 637.
Belin, 711.
Benoit, 322.
Benoit (Auguste), 181.
Berger, 810, 811.
Berger (P.-P.), 731.
Bergonié, 129, 203, 522, 642.
Berne, 813.
Bernoud, 315.
Bertin-Sans, 844.
Besançon, 844.
Besson, 589.
Betton-Massey, 480.
Beuvignon, 461.
Beverley-Robinson, 238, 456.
Beyer, 201.
Bianchi, 707.
Bier, 665.
Bilhaut, 337, 444, 635
Binaud, 827.
Bishop, 592.
Blache, 823.
Blainville, 607.
Bloch (Oscar), 171, 459.
Blœbaum, 849.
Blondel, 91, 195, 289, 325, 797.
Blume, 785.
Blumenthal, 271.
Bobrof, 593.
Bock, 635.
Bocquillon, 120.
Bocquillon-Limousin, 144.
Bœckel (Jules), 819.
Bogdanoff-Berezovy, 68.
Bohn, 591.
Boinet, 86, 590.
Boirac, 324.
Boissard, 241.
Boisseau du Rocher, 423,
Boisson, 756.
Bokenham, 122.
Bolognési, 729.
Bonnel, 194.
Boott, 240.
Bornstein, 357.
Borrel, 342.
Botkine, 313.
Boucheron, 342, 420.
Bouilly, 282, 773.
Boullé, 320.
Bourcart, 324.
Bourneville, 526, 628, 648.
Bouveyron, 170.
Bovis (R. de), 702.
Braden (Kyle), 779.
Bramann, 340.
Branthomme, 689.
Braquehaye, 827.
Brauer, 86.
Braunstein, 570.
Brentano, 595.
Briau, 235.
Bricemoret, 100.
Brieger, 342.
Brindeau, 318.
Brissemoret, 678, 839.
Broca, 23, 280.
Brocq, 27, 131, 171, 208, 348.
Brookhouse, 91.
Brouardel, 864.

Broussin, 242.
Bruce, 201.
Brun, 592, 595.
Brunet, 343.
Buck, 420.
Budin, 318, 539, 784.
Budinger, 410.
Buffet, 281.
Bumm, 568.
Burch, 861.
Burckhardt, 752.
Buschke, 93.
Butler (Glentworth R), 815.
Buxbaum, 65, 517.

C

Cagnault, 444.
Callum (Mac), 85.
Calot, 664, 770.
Camelot, 459.
Camescasse, 157, 445, 767, 839.
Campbell, 91.
Campbell (Gordon), 818.
Capitan, 278.
Cardamatis, 137.
Carnot, 354, 810, 864.
Carré, 468.
Carrillo (Cuhero), 856.
Caserar-Bœck, 529.
Casper (Léopold), 172.
Cassaet, 343.
Castel (du), 849.
Casteret, 735.
Cathala, 304.
Catillon, 445.
Catens, 787.
Catrin, 428,
Cautru, 415.
Cazin, 54,
Cestan, 451.
Chably, 567.
Chalais, 816.
Chamisso (A. von), 161.
Championnière, 809.
Chaput, 242, 277.
Charles, 822.
Charpentier, 322.
Chassevant, 337, 361, 397, 839.
Chatelain, 679.
Chauffard, 590.
Chauvel, 561.
Chauvet, 446.
Chavane, 318,
Chavannaz, 210.
Chéron, 740.
Chevalier, 328, 365, 819, 828, 852.
Chevalier (J.), 25.
Chiais, 716,
Chibret, 169, 732.
Chipault, 312.
Cieglewicz, 421.
Cipriani, 813.
Clado, 852.
Claeys, 419.
Clarke (Charles K.), 90.
Clarke (Michell), 807.
Claus, 571.
Clozier, 670.
Coley, 665.
Collangette, 14.
Collins (Joseph), 239.
Colombini, 603.
Combe, 702.
Combemale, 166, 311, 373.
Comby, 245, 463, 859.
Cornil, 277, 810.
Costinin, 493.
Coudray, 816.
Courmont, 372.
Courtade, 83, 432.
Cozzolino, 353.
Cragin (Edwin B.), 174.
Crédé, 282.
Créquy, 82, 195.
Crinon, 288.
Cristiani, 527.
Critchmaroff, 158.
Crothers, 169.
Czygan, 668.

D

Dakhyl, 600.
Dalché, 351, 729, 839.
Danlos, 422.
Darier, 134.
Davaine, 359.
Davis, 785.
Debaisieux, 604.
Debedat, 67.
Debédat, 705.
Debogory-Mokrievitch, 599.
Deguy, 716.
Déjerine, 107.
Delagenière, 275, 771.
Delamare, 55.
Delaunay, 786.
Delbet, 409, 574, 595.
Delbet (Pierre), 827.
Deléarde, 479.
Delectranoff, 461.
Delezenne, 176.
Démelin, 73, 319, 622.
Demons, 172, 783, 857.
Deschamps, 558.
Desesquelle, 408.
Desfossés, 324.
Desguin, 669.
Desnos, 52, 75, 96, 109, 66
819, 852.
Desoil, 311.
Destot, 124.
Desvaux, 207.
Diakonoff, 383.
Dietz, 381.
Dignat, 104.
Dinitrievsky, 321.
Dion, 669.
Dobrichson, 816.
Doizy, 712.
Domitropol, 452.
Donald (Archibald), 857.
Doumer, 237.
Doyen, 37, 309, 338, 340, 772
801, 829.
Drayton, 167.
Drehmann, 339.
Dresch, 708.
Dresser, 679.
Dubourg, 745, 747.
Dubousquet-Laborderie, 40
Dubrisay, 319.
Du Castel, 52.
Duchamp, 703.
Duchesne, 631.
Duhouceau, 157.
Dujardin, 455.
Dujarrier, 316.
Dunn, 785.
Dunning, 785.
Duplay, 54, 86, 127, 459.
Dupré, 864.
Duret, 673, 771.
Durieu, 839.
Duviard, 324.
Duyse (Van), 206.

E

Ebenezer-Duncan, 13.
Eberhardt, 822.
Eberson, 419.
Ebstein, 31.
Eckstein, 349.
Edebohls (George M.), 210.
Edelefsen, 381.
Edgecombe, 589.
Edinger, 345, 640.
Egoroff, 416.
Ehrmann, 824.

Eichengrun, 66.
Eichhorst, 564.
Eichloff, 212.
Eichoff (J.), 171.
Eitz, 677.
Elmer-Lie, 627.
Escat, 819.
Estor, 483.
Etheridge, 854.
Etienne, 67.
Eulenburg, 91, 353.
Ewald, 853.
Ewart, 93.

F

Fage, 418.
Faisans, 524.
Farquhar-Curtis, 65.
Farrar, 713.
Faure, 160.
Faure (L.), 527.
Favill, 446.
Favre, 319.
Fedoroff, 137, 372, 500.
Feilchenfeld, 379, 596.
Feindel, 90.
Félizet, 593.
Feltz, 576.
Fenomenoff, 426.
Féré (Ch.), 540.
Ferguson, 90.
Fernet, 732.
Ferrand, 138.
Ferras, 526.
Ferreira (Clemente), 698.
Filatoff, 387.
Filippoff, 626.
Finckler, 357.
Finkelstein, 859.
Finsen (Niels R.), 170, 535.
Fischer, 211.
Flechsig, 344.
Fleiner, 340.
Fleroff, 344.
Fleury (Maurice de), 416.
Flick (Lawrence), 524.
Follet, 135.
Forchheimer, 640.
Forgue, 18, 160, 210, 771.
Fothergill, 460.
Fournier, 864.
Fowler, 423.
Franchomme, 703.
Franke, 339.
Frankel, 532.
Frankenberger, 847.
Frémont, 302, 337, 408, 412.
Freudenberg, 539.
Freyberger, 571.
Freyberger (Ludwig), 714.
Freymuth, 701.
Friedlaender, 501
Froelich, 496, 522, 860.
Fromaget. 420.
Fuchs, 464.
Fumagalli, 455.
Furst, 207, 351, 462, 788.
Fuster, 483, 735.
Futran, 211.

G

Gajkiewicz, 806.
Galberstadt, 638.
Galezowski, 133.
Gallet, 772.
Galliard, 310, 684.
Gallois, (Paul), 83, 194, 303, 347, 767.
Gangolphe, 574.
Garel, 315.
Gargué, 630.
Garnault, 163.
Garnier, 864.
Gaudier, 346, 373, 778.
Genouville, 782, 841.
Geoffroy (Jules), 100, 706.
Gérard-Marchand, 459.
Geroulanos, 339.
Geusartschek, 636.
Ghilarducci, 392.
Gilbert, 354, 612, 859.
Gilles, 464.
Gilles de la Tourette, 91, 279, 671.
Gillet, 136.
Gill-Wylie, 210.
Gimbert, 174.
Gingeot, 526.
Girard, 841.
Giraudeau, 670.
Glax, 284.
Godding (W. N.), 63.
Goldscheider, 91, 145.
Goldspohn, 854.
Goliakhowsky, 860.
Golovine, 24.
Gonieff, 715.
Gonzalez (José), 807.
Gorski, 561.
Goseker, 24.
Gosset (A), 65.
Goudal, 851.
Gougenheim, 120.
Gouly, 494.
Gourvitch, 644.
Graham Reed, 589.
Graser, 340.
Grasset, 60.
Gray, 196.
Greene-Cumston, 821.
Gregor, 751.
Griffith, 206.
Gross, 36.
Grube (Léo), 372.
Gudeck, 201.
Gué, 633.
Gueorguiewski, 212.
Guérin (Alphonse), 144.
Guerschenson, 68.
Guervière, 528.
Guiard, 504. 819.
Guillemain, 323.
Guillon (Paul), 473.
Guilloz, 417.
Guinard, 199, 340, 500, 521, 703, 827, 774.
Guinon, 786, 864.
Gumprecht, 125, 391.
Gurson-Thorpe, 196.
Gussenbauer, 340.
Guth, 67.
Guthrie, 173.
Guyon, 653, 685,
Gyselinck, 756,

H

Hackenbruch, 308.
Hacker (Von), 309.
Halenscher, 245.
Hall, 731, 785.
Hollopeau, 422.
Hallot, 559.
Halsted, 409.
Hamilton, 852.
Hamm, 737.
Hammerschlag, 54.
Hammond (Graeme H), 167.
Hammond, 493.
Hamonic, 781.
Hanc, 382.
Hanot, 864.
Hanzel, 234.
Harlingen (Van), 818.
Hartmann, 56, 276, 277, 531.
Hattemer, 556.
Hawskins (Thomas), 277.
Hayem, 309, 411.
Heckel, 660.
Heermann, 631, 847.
Heidenhain, 307.
Heineman, 525.

Helmers, 176.
Hémet, 699.
Henle, 664.
Hennebert, 347.
Hennequin, 810.
Henrotay, 317.
Herecso, 852.
Herff (Otto. v.), 569.
Herhold, 164.
Herschell, 811.
Hesse, 138.
Heusner, 522.
Heydenreich, 128, 162.
Heymans, 604.
Hirigoyen, 522.
Hirschfeld, 705.
Hirschkron, 63, 345, 629.
Hirt, 736.
Hirtz, 92, 451.
Hodara-Bey, 818.
Hogge, 852.
Holloendes, 27.
Horne (Jobson), 92.
Houzel, 710, 773.
Howe Adams, 809.
Hübert, 93.
Huchard, 83, 814.
Huchzermeyer, 62.
Hurwitz, 424.
Husson, 480.
Hutinel, 30.

I

Ilkewitsch (Vladimir), 97.
Imbert, 459, 852.
Ingraham (Wilson), 814.
Ira Payne, 271.
Iscovesco, 318, 424.
Istamanoff, 635.

J

Jaboulay, 158, 828.
Jackson, 779.
Jacob, 91, 345.
Jacobaeus, 279.
Jacobs, 317, 604.
Jacquet, 156.
Janet (Jules), 793, 818, 835.
Janet (Pierre), 792.
Janowski, 312.
Jaquet, 108.
Jaworski, 127.
Jeanne, 72, 430.
Jeannel, 396.
Jeanselme, 864.
Jenckes (Lawrence), 238.
Jessner, 93.
Joanin, 678, 839.
Jonnesco, 15, 308, 632, 747, 819, 852.
Jordan, 339.
Josias, 121.
Jurgensen, 84.

K

Kalt, 598.
Kamm, 121.
Kammerer, 237, 274.
Kann, 91.
Kaplan-Lapina, 425.
Karagueosianz, 314.
Karegozianz, 374.
Kassel, 752.
Katchénowsky, 751.
Katz, 526.
Kazansky, 196.
Keiffer, 318.
Keller, 713.
Kerr, 482.
Khovrine, 211.
Khramloff, 641.
Khroutscheff, 734.
Kirmisson, 199, 593, 663.
Kirsac, 745, 747.
Kisch, 392.
Klein, 272.
Klimenko, 139.
Koelbl, 159.
Kœnig, 338.
Koerfer, 570.
Kœrte, 340.
Konarjewsky, 58.
Kopff, 205, 253, 419.
Korjenewsky, 378.
Kovalewsky, 672.
Kozlowsky, 643.
Kraisky, 634.
Kraus (Eugène), 1, 456.
Krausé, 164.
Kronlein, 309,
Krouschansky, 735.
Kryloff, 55.
Kuh (Edwin J.), 521.
Kuhn, 345, 703.
Kummel, 339.
Kummer, 667.
Kunz-Krause, 752.
Küttner, 350.
Kyrmon, 702.
Kyssèle, 163.
Kystèle, 859.

L

Laache, 199.
Labadie-Lagrave, 243, 402, 433,
Labbé, 56.
Laborde, 814.
Lachatre, 606.
Lagrange, 134, 324, 413, 805.
Lalande, 380.
Lambert-Lack, 565.
Lambinon, 676.
Lambkin, 209.
Lambotte, 374.
Lancereaux, 736.
Landais (Mlle), 319.
Landau, 712, 858.
Landenheimer, 344.
Landerer, 306.
Landouzy, 121, 431, 505.
Lange, 176.
Langenhagen (de), 126.
Langley Browne, 55.
Lannois, 248, 672.
Lanz (O.), 86.
Lapthorn Smith, 712.
Larger, 773.
Lasserre (Gilbert), 54.
La Torre, 497.
Lavisé, 731.
Lavrand, 345.
Lavraud, 493.
Lavroff, 481.
Learned, 91.
Lebedeff, 605.
Leblanc, 396.
Le Clerc, 635.
Le Dentu, 531, 574, 771, 827, 854.
Lefert, 324.
Legendre, 52.
Le Gendre, 408, 774, 839.
Legrand, 443.
Legueu (Félix), 95, 288, 433.
Lejars, 281, 450.
Lemoine, 124, 446, 517.
Lennhoft, 593.
Leo, 303.
Lépinois, 728.
Leplat, 775.
Leredde, 574.
Leriche, 452.
Lermoyez, 204.
Lesage, 649.
Letulle, 278, 553.
Leyden, 91.

Lichwitz, 177.
Lidmanowsky, 203.
Liégeois, 388, 602, 707.
Liermann, 734.
Lilienfeld, 527.
Linde, 640.
Lindsay-Johnson, 739.
Lingelsheim, 661.
Linossier, 231, 248.
Liven, 31.
Ljunggren, 703.
Lobit, 232.
Lockhart-Gillespie, 787.
Loeffler, 247.
Loewenfeld, 61.
Loewy, 391.
Loison, 274.
Lop, 726.
Lorenz, 339.
Loumeau, 603, 782, 819, 170, 853.
Louvel-Dulonpré, 133.
Lowson, 532.
Lubet-Barbon, 574.
Luc, 778.
Lucas-Championnière, 56, 531, 592.
Ludwig, 556.
Luff, 196.
Luton, 380.
Lwoff, 135.
Lyon (Gaston), 231, 444, 757.
Lyot, 574.

M

Macaigne, 108.
Macalister, 806.
Maduro, 376.
Maisels, 591.
Maisland, 494.
Malherbe, 24, 323, 779,
Malherbe (a), 743, 783, 852.
Malicheff, 423.
Manakéine, 853.
Manfredi, 495.
Mankowsky, 640.
Mansell-Moulin, 200.
Manson (Patrick), 482.
Maramaldi, 698.
Marckwald, 522.
Marcuse, 824.
Marcuge, 816.
Marfan, 385.
Mariachen, 819.
Martens, 742.
Martin, 554, 667.
Martin (Albert), 744.
Martin (Christopher), 785.
Martinez-Vargas, 592.
Martin-Gil, 200,
Martin (Odilon), 518.
Martin-Raget, 441.
Marty (Albert), 816.
Marx, 468.
Masse, 772, 840.
Matas (Rudolph), 811.
Mathieu, 194, 302, 336, 341, 371, 444, 767, 839.
Mauclaire, 841.
Mayard, 608.
Maygrier, 320, 797.
Mayor, 535.
Meltzer, 464.
Menahem-Hodara, 848.
Ménard, 770.
Mencière, 667.
Mendel, 421.
Mendelsohn, 66.
Méneau, 684.
Ménière, 631.
Mériel, 748.
Merklen, 324.
Merle, 468.
Metaxas (Ivani), 842.
Metcalf, 521.
Meunier, 353.
Michaïlowsky, 500.
Michaux, 129.
Michel, 457.
Micklakoff, 643.
Mignon, 523.
Mikovsky, 599.
Mikulicz, 306, 309.
Miller, 23, 202.
Minkowsky, 557.
Miranoff, 639.
Modiano, 407.
Molin, 738.
Molinié, 346.
Mond, 569.
Mongour, 203, 418.
Monod (Ch.), 108, 593, 595.
Monprofit, 277, 733.
Montgommery, 605.
Montoya, 319.
Morange, 839.
Morax, 775.
Morel-Lavallée, 613, 709.
Morestin, 574.
Morize, 200.
Morkotonn, 639.
Morris, 384.
Mosler, 641.
Mosse, 499.
Mossé, 304, 356.
Motais, 134.
Moty, 489.
Motz, 241, 819.
Mouratoff, 29.
Moure, 779.
Mousnier, 756,
Muir, 91.
Muller 342, 702, 824.
Mundé (Paul), 174,
Murtry (Lewis M.), 235.

N

Naegeli, 68, 136.
Nassauer, 450.
Natanson, 26.
Naud, 468.
Naunyn, 775.
Nedorodoff, 715.
Neisser, 133.
Nélaton, 234, 810,
Nesnamoff, 629.
Netter, 428.
Neumayer, 304.
Neuschuler, 419,
Newcosnet, 677.
Newman (Robert), 269.
Neznamoff, 26, 559.
Nicolich, 819.
Nimier, 459.
Noble, 855.
Noguès, 458, 710, 819.
Noorden (Von), 736,
Nové-Josserand, 345.

O

O'Donovan, 245, 311.
O'Dwyer, 555.
Olivetti, 276, 340.
Ollier, 376, 409, 730.
Olschewsky, 822.
Ombredanne, 660.
Opienski, 769.
Oppenheim, 503.
Oraison, 603.
Orloff, 607.
Ostrowsky, 28, 307.
Ott, 135.
Owe (Edmond), 840.

P

Packard (Francis), 315.
Page, 487, 592.
Pakes, 486.
Panas, 207, 417, 738.
Paschkewitich, 352.
Pasteau, 710, 852.

Helmers, 176.
Hémet, 699.
Henle, 664.
Hennebert, 347.
Hennequin, 810.
Henrotay, 317.
Herecso, 852.
Herff (Otto. v.), 569.
Herhold, 164.
Herschell, 811.
Hesse, 138.
Heusner, 522.
Heydenreich, 128, 162.
Heymans, 604.
Hirigoyen, 522.
Hirschfeld, 705.
Hirschkron, 63, 3
Hirt, 736.
Hirtz, 92, 451
Hodara-Bey
Hogge, 85
Holloend
Horne ... 23.
Houz ...
Ho...
P...
...380, 423, 449, 710, ...502.
Pilloh, 161.
Pinard, 310, 322.
Pineus, 855.
Planet, 21, 240, 417, 577, 813.
Pley, 777.
Plioschkoff, 482.
Plique, 59.
Poirier 277, 423, 595, 737.
Poliakoff, 60.
Pollock, 843.
Poncet, 635, 666.
Poppert, 339.
Pospeloff, 423.
Poteienko, 806.
Potherat, 281, 425, 459, 531.
Potter, 88.
Pouchet, 195, 283, 698, 728.
Poukaloff, 136.
Poulet, 120.
Pousson, 423, 819, 852.
Pozzi, 744, 747.
Price, 785.
Prioux, 420.
Puech, 175.
Puy le Blanc de Rogat, 526.

Q

Quénu, 55, 235, 277, 281, 520, 590, 594.
Quincke, 342.

Jenckes (La...
Jessner, 9...
Joanin, ...
Jonne...
81...
Jo...
J...

...9, 136.
...milinger, 662.
Renaut, 491.
Rénon, 428, 481.
Reverdin (Jacques-L.) 721.
Reverdin (J. et A.), 376.
Révilliod, 167.
Reynaud, 708.
Reynès, 660, 773, 852.
Reynier, 23, 172, 459, 531, 820.
Ribard, 278.
Ricard, 29, 123, 374.
Richard d'Aulnay, 189, 226, 258, 291.
Richardière, 378, 864.
Richardson, 462.
Richelot, 531, 743, 747.
Richet (Charles), 90.
Richter, 781.
Ridelle-Goffe, 210.
Riedel, 307.
Riegner, 560.
Rivière, 24.
Robb, 98.
Robert, 274.
Roberts, 481.
Robin (Albert), 57, 58, 88, 278, 377, 421, 518, 700.
Robineau, 562.
Roche, 457.
Rocheblave, 486.
Rochon, 65.
Rodendorf, 630.
Roe (John O.) 87.
Rogau, 598.
Rogman, 418.
Roguinski, 307.
Rohleder, 740.
Rohmer, 36, 777.
Ronsse, 247, 427, 534.

Rosenbaum, 709.
Rosenberger, 277.
Rosin, 304.
Rosobovsky, 523.
Rostovtzeff, 56.
Rothschild (H...
Roudneff, 20...
Routier, ...
459, ...
Roux ...
...0...

Saalfeld, 174, 74...
Sabouraud, 170, 849.
Sabrazès, 669.
Sachs, 100.
Saint-Clair-Thomson, 846.
Saint-Philippe, 823.
Sajous, 468.
Salaghi, 161.
Saloschin, 532.
Sanarelli, 576.
Sané, 82.
Santesson, 138.
Saracon, 672.
Sassaparele, 379.
Saundby (Robert), 91.
Savariaud, 484.
Scatolari, 710.
Schabad, 808.
Schaeffer, 679.
Scheicher, 346.
Schevenstein (Van). 206.
Schlatter, 123.
Schliep, 713.
Schmal, 165.
Schmid, 789.
Schnitzler, 168.
Schott, 344.
Schoull, 627, 710.
Schreiber, 31.
Schruber, 572.
Schubert, 391.
Schultze, 521, 591.
Schuster, 850.
Schutz, 233.
Schwab, 320.
Schwartz, 14, 20, 604, 703.
Schwarz, 427.
Sconamiglio, 814.

YTIQUE DES MATIÈRES

Scoolfs, 240.
Sébillotte, 319.
Segall, 455.
Segond, 55, 745.
Sehrwald, 677, 7
Seifert, 315.
'eletzki, 20.
ın, 375.
ueieff, 24
ıx (Pau
ell, 8
3
602
457, 55
ıer, 53.
uredey, 162, 428, 86
Sletoff, 383.
Smester, 11.
Smith (Stephen), 809.
Smyly, 712.
Socquet, 322.
Sokoloff, 137, 709.
Solovieff, 99.
Soubbotine, 627.
Soukhoff, 494,
Soukoff, 634.
Souligoux, 459, 574.
Soupart, 273.
Soupault, 371, 445, 839.
Spronck, 373.
Stadelmann, 91.
Stahr, 388.
Stanowski, 102.
Stark (Henry S.), 269.
Steinbach, 391.
Steindl, 499.
Steinthal, 274.
Sterling, 233.
Stern, 714.
Sternberg, 824.
Stockman, 788, 806.
Stokes (William), 806.
Stoops, 666.
Storp, 339.
Strasser, 233, 447.
Strauss, 342.
Strisover, 373.
Strjeminsky, 135.
Styles (Harold), 201.
Suarez de Mendoza, 316, 710, 819.
Sudnik, 732.
Surmont, 864.
Swolfs, 343.
Syklossi, 739.

Colique saturnine (traitement de la) par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, 479.
oma (le) diabétique et son traitement, 700. — diabétique (succès partiel obtenu dans un cas) par injection sous-cutanée d'une solution 20 grammes de bicarbonate de soude et 50 de chlorure de sodium pour 1000,
hydrothérapie, 233. — sucré (traite- par le nitrate d'urane, 13. — sucré ement (le), 269. — (traitement du), — (traitement du) par les pré- ancréas, 700.
ne musculaire des), 805.
(traitement de la), 304. — électrique de la), 269.
du goitre exophtalmique
ome traité avec suc- 9.
ntistreptococcique de l'), par la cha-
miques secré- s considérés hoïde trai- oids, 770.
scrofule
Wallerstein, 713.
Walther, 130, 809.
Walton, 534.
Washbourn, 486.
Wassermann, 662.
Wassilieff, 415.
Watson-Cheyne, 94.
Weber, 767.
Weber (Hermann), 815.
Wedensky, 384.
Weill, 748.
Weill (Albert), 526, 528.
Weiss, 806.
Werler, 384.
White (James), 781.
Whitle, 91.
Wide, 324.

Trini
Tripier,
Trombetta,
Troukoff, 169.
Truc, 775.
Tschepoteff, 641.
Tschepotieff, 702.
Tscherbutscheff, 68.
Tschernoff, 386.
Tschirkoff, 173.
Tschistowitsch, 139.
Tschouprina, 23.
Tuffier, 56, 129, 164, 276, 281, 316, 635, 771, 792, 810, 844, 854.
Turck (Fenton B.), 812.
Turnbull (Laurence), 558.
Tyson, 272.

U

Ullmann, 380, 390.
Ulrich, 769.
Unna, 26, 350, 422, 632, 742, 780.
Ussing, 731.

V

Vagapoff, 383.
Valençon, 777.
Vanach, 733.

Wiesinger, 770.
Wilcox (Reynold Webb), 21.
Wilder (William), 739.
Wilding, 171.
Wilks (Samuel), 815.
Williams (Th.), 815.
Winkelmann, 522.
Winternitz, 13, 412.
Wittzack, 530.
Woldert (Albert), 808.
Woodhull, 100.
Wolters (Max), 634.
Wüllstein, 338.
Wurtz, 468.

Y

Yakowleff, 700, 710, 853.
Yearsley, 779.
Yearsley (Macleod), 92.
Yeats (W.), 16.
Yegoroff, 99.

Z

Zabludowski, 91.
Zack, 751.
Zalogue, 483.
Zaroubine, 459.
Zerenine, 350.
Zibergon, 633.
Ziehen, 597.
Zilbermintz, 529.
Zimmermann, 454.
Zoummint, 284.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

Maladies générales non infectieuses

Maladies de la nutrition et intoxications

(Dr Chassevant)

Addisoniens (greffe de capsules surrénales chez les), 372. — (opothérapie surrénale chez les), 699.

Adénoïdes (influence des) sur les déviations du squelette, 444.

Albuminurie dans ses rapports avec les traitements hygiéniques et médicamenteux, 304. — rhumatismale (médication salicylée dans l'), 14. — dyspeptique, 518.

Alcoolisme (la strychnine dans l'), 372.

Alimentation thyroïdienne de la nourrice (guérison d'un goitre congénital chez un nourrisson par l'), 304.

Anémie (effets de l'exercice sur l'hémoglobine, importance du repos dans le traitement de l'), 589. — (traitement de l'), 517.

Antidiabétique (thérapeutique), 372.

Antitoxines (les toxines et les), 361, 397.

Artériosclérose (traitement de l'), 446.

Bactéries pathogènes (les produits chimiques sécrétés par les) considérés au point de vue de la fièvre typhoïde, 479.

Bains chauds (traitement de la chloro-anémie par les), 304. — froids (fièvre typhoïde traitée avec ou sans emploi de), 770. — hydro-électriques (traitement du rhumatisme et de la goutte chroniques par les), 446.

Basedow (traitement de la maladie de), 806.

Cancer (extrait thyroïdien contre le), 592.

Capsules surrénales (greffe de) chez les addisoniens, 372.

Carcinome traité avec succès par le traitement électro-mercurique, 480.

Chaleur (traitement de l'érysipèle par la), 769.

Chloro-anémie (traitement de la) par les bains chauds, 304.

Chlorose (traitement de la), 517.

Chlorure de sodium traitement de l'urémie par les injections sous-cutanées de), 806.

Colique saturnine (traitement de la) par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, 479.

Coma (le) diabétique et son traitement, 700. — diabétique (succès partiel obtenu dans un cas de) par injection sous-cutanée d'une solution de 20 grammes de bicarbonate de soude et 7 gr. 50 de chlorure de sodium pour 1000, 589.

Diabète et hydrothérapie, 233. — sucré (traitement du) par le nitrate d'urane, 13. — sucré et son traitement (le), 269. — (traitement du), 303. — 446. — (traitement du) par les préparations de pancréas, 700.

Diabétiques (hygiène musculaire des), 805.

Diathèse uratique (traitement de la), 304. — urique (traitement électrique de la), 269.

Electrolyse (traitement du goitre exophtalmique par l'), 270.

Electro-mercurique (carcinome traité avec succès par le traitement), 480.

Erysipèle de la face (sérum antistreptococcique dans l'), 769. — (traitement de l'), par la chaleur, 769.

Fièvre typhoïde (les produits chimiques secrétés par les bactéries pathogènes considérés au point de vue de la), 479. — typhoïde traitée avec ou sans emploi de bains froids, 770.

Ganglions lymphatiques atteints de scrofule (traitement rationnel des), 54.

Glycosurie transitoire ayant suivi l'emploi de la somatose chez une nourrice, 481.

Goitre congénital chez un nourrisson (guérison d'un), 304. — exophtalmique (de la thyroïdectomie dans le), 806. — exophtalmique et médication thyroïdienne, 518. — exophtalmique (sympathicotomie dans un cas de), 373. — exophtalmique (traitement du) par l'électrolyse, 270. — (traitement thyroïdien du), 234. — (action thérapeutique de l'iodothyrine dans les), 158. — exophtalmique (traitement du) par la section du sympathique cervical, 158.

Goutte chronique (traitement de la) par les bains hydro-électriques, 446. — (emploi de l'appareil à air chaud dans le traitement de

la), 589. — (emploi du colchique), 233. — (origine rénale de la), traitement, 196. — (traitement de la), 547. — (traitement électrique de la), 269.

Greffe de capsules surrénales chez les addisoniens, 372.

Hygiène musculaire des diabétiques, 805.

Injections intraveineuses de sublimé. (Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les), 53.

Lavage du sang, 839.

Lymphatisme (traitement du), 82, 120. — 157.

Myxœdème infantile (du), 198.

Obésité (traitement de l'), au moyen de préparations thyroïdiennes, 806. — (traitement de l'), par l'adonis aestivalis, 447. — (traitement de l') par les préparations de glande thyroïde, 270. — (traitement mécanique de l'), 13.

Rachitisme (influence de la race sur le), son traitement par le phosphore, 726.

Rénale (origine) de la goutte, traitement, 196.

Rhumatisme (appareil à air chaud dans le traitement de la goutte et du), 589. — articulaire (pommade salicylique dans le), 233. — articulaire aigu (traitement du), 53, — chronique (traitement du) par les bains hydro-électriques, 446. — (technique des frictions salicylées dans le), 480. — (usage interne du salicylate de méthyle pur dans le), 54.

Sang (lavage du), 839.

Scarlatine (sérum antistreptococcique dans la), 769.

Scrofule (nature et traitement de la), 383. — (traitement de la), 52. — (traitement rationnel des ganglions lymphatiques atteints de), 54.

Squelette (influence des adénoïdes sur les déviations du) ,444.

Sympathicotomie dans un cas de goitre exophtalmique, 373.

Thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique (la), 806.

Toxines (les) et les antitoxines, 361 et 397.

Urémie (emploi de la saignée dans l'), 199. — (traitement de l') par les inhalations d'oxygène, 806. — (traitement de l') par les injections sous-cutanées de chlorure de sodium, 806.

Werlhof (guérison de la maladie de) par la moelle osseuse crue, 518.

Maladies infectieuses

(Dr Lesage)

Accidents post-séro-thérapiques (influence favorable du chauffage du sérum antidiphtérique sur les), 373.

Actinomycose (traitement de l') par les préparations iodées, 273.

Amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes avec spirilles et bacilles fusiformes de Vincent, 482.

Antitétanique (guérison d'un cas de tétanos traité par dix injections de sérum), 86. — (guérison d'un cas de tétanos traumatique traité par des injections répétées de sérum), 590.

Antitoxine (tétanos traité par l'), 481. — (tétanos traumatique guéri par injection intracérébrale d'), 590. — (traitement de la diphtérie par l'), 271. — (un cas de tétanos traité par l'injection intracérébrale d'), 660.

Antitoxiques (propriétés) de la bile d'animaux tétanisés, 661.

Arthrite dysentérique (étude de l'), son traitement par la ponction, 662.

Asthmatique (mort subite après une injection de 10 cc., de sérum anti-diphtérique de Roux, chez une jeune), 702.

Bactéries pathogènes (les produits chimiques des) et en particulier leur rapport avec la fièvre thyphoïde, 591.

Bile d'animaux tétanisés (propriétés antitoxiques de la), 661.

Charbon (traitement de la forme cutané du) par les injections d'iode, 273. — (traitement du), 481.

Chauffage du sérum antidiphtérique (influence du) sur les accidents post-sérothérapiques, 373.

Choléra (vaccination préventives contre le), 555.

Coqueluche (traitement de la) par le phénocolle, 592.

Désinfection des locaux occupés par les tuberculeux, 554.

Diphtérie (le tubage dans la), 555. — (sérothérapie de la), 661. — (traitement de la), 371. — (traitement de la) par l'antitoxine, 271.

Dysenterie des pays chauds (sulfate de magnésie dans la), 196.

Entérocolite auto-infectieuse d'origine grippale à forme intermittente, 441.

Erysipèle (traitement de l'), 591. — (traitement abortif de l'), 232.

Fièvre palustre (organothérapie de la) par l'extrait de la rate, 374. — typhoïde (action de l'asaprol dans la), 698. — typhoïde (traitement abortif de la), 662. — typhoïde (traitement de la), 702.

Glotte (tubage momentané de la) dans le croup, 120.

Haffkine (méthode de) dans les cas de peste, 122.

Hémoglobinurie malarique (emploi de la quinine dans l'), 808.

Hospitalisation des indigents tuberculeux de Paris, 553.

Infectieuses (les interventions thérapeutiques générales peuvent-elles favoriser la guérison dans les cas de maladies), 662.

Influenza (épidémie d') antipyrine et quinine, 121.

Klebs-Loeffler (sérum de Behring dans les affections qui ne sont pas provoquées par le bacille de), 85.

Malaria (recherches sur la théorie de la) des moustiques, 482. — (l'euquinine dans la), 196).

Noma diphtérique (traitement par le sérum antidiphtérique, 701.

Palustre (de l'euquinine dans la fièvre), 272.

Peste (des substances désinfectantes dans la), 196. — (méthode de Haffkine dans les cas de), 122.

Poison tétanique (modifications subies par le) dans l'organisme, 271,

Polyarthrite rhumatismale (traitement de la), 159.

Rougeole (Ichtyol dans la), 373. — (les complications de la), 121. — (traitement des complications de la), 336. — (traitement hydrothérapique de la), 84.

Scarlatine (injection de sérum antistreptococcique dans la), 702. — (sulfophénate de soude comme prophylactique de la), 807. — (traitement de la), 84.

Scarlatineux (action des injections antidiphtériques préventives chez les), 808.

Sérothérapie de la diphtérie, 661. — de la fièvre typhoïde, 122.

Sympathique cervical (traitement du goitre exophalmique par la section du), 158.

Tétanos (guérison d'un cas de) traité par dix injections de sérum antitétanique, 86. — guérison par les injections de sérum, 591. — traité par l'antitoxine, 481. — traumatique (guérison d'un cas de) par des injections répétées de sérum antitétanique, 590. — traumatique traité et guéri par injection intracérébrale d'antitoxine, 590. — (un cas de) traité par l'injection intracérébrale d'antitoxine, 660.

Toxines tuberculeuses (méthode permettant de fixer la valeur des diverses préparations de), 661.

Tubage (lé), dans la diphtérie, 555.

Tuberculeux de Paris (hospitalisation des indigents), 553.

Tuberculose humaine (lutte contre la) par la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux, 554,

Typhoïde (dosage journaliers de l'urée dans un cas de fièvre) traité par la méthode de Brandt 272. — (les produits chimiques des bactéries pathogènes et en particulier leur rapport avec la fièvre), 591. — (sérothérapie de la fièvre), 122. — (traitement de la fièvre), 807, — (vaccinations préventives contre la fièvre), 555.

Urée (dosages journaliers de l') dans un cas de fièvre typhoïde traite par la méthode de Brandt, 272.

Vaccination préventive contre le choléra et la fièvre typhoïde, 555.

Variole (l'ichtyol dans la), 373, 594.

Chirurgie générale

(Dr Benoît)

Abcès alvéolaires (emploi du chlorure de zinc dans les), 734. — du foie (traitement des) 274. — froids (traitement des), 664. — par la glycérine créosotée, 483. — migrateurs du mal de Pott (traitement des) par les injections d'éther iodoformé, 663. — péri-anaux (traitement des), 199. — sous-phrénique, 15.

Actinomycose anorectale (de l'), 666.

Adénites cervicales (guérison des) sans cicatrices, 770.

Aiguille nouvelle pour l'uranostaphyloraphie, 376.

Amputation (méthode d') applicable à la gangrène sénile du pied, 809. — ostéoplastique de la jambe, 86.

Amygdales (ablation des), 556.

Anastomose intestinale (les os décalcifiés pour l'), 200. — intestinale obtenue par une nouvelle méthode, 521. — (suture tendineuse pour), 55.

Anesthésie générale. Mélange composé de deux parties de chloroforme et une d'éther, 483. —

générale (nouvelle méthode d'), 376. — générale par le chlorure d'éthyle, 556. — générale par l'emploi du mélange de chloroforme et d'éther, 735. — locale, 201, 411. — locale en chirurgie, 308. — locale (l'), 411.

Anévrisme cirsoïde de la région temporale, 16. — traumatique de la maxillaire interne traité par la ligature de la carotide primitive, 55.

Annexite (appendicite et), 773.

Anus (fissure douloureuse de l'), 237.

Appareils plâtrés (application des) pour l'ankylose du genou ou les fractures de la jambe, 731. — prothétique pour amputés de la jambe, 731.

Appendicite aigue et chronique (traitement), 235. — et annexite, 773. — (modification de l'incision sur le bord externe du muscle droit dans l'opération de l'), 274. — (opération de l') en elle-même, 236.

Arme à feu (résections intestinales multiples pour plaie par), 339.

Artère axillaire (dangers de la ligature de l'), 273.

Artères intercostales (hémostase des), 703.

Arthrectomie de l'épaule, 375.

Arthrites tuberculeuses (traitement des), 664. — tuberculeuses (traitement non sanglant des), 664.

Articulations (création de nouvelles), 730. — (mobilisation précoce des) 809.

Asepsie chirurgicale, 306.

Bandage de Gibney (traitement des entorses du pied par le), 809. — (redressement et application d'un), dans le procédé de Calot, 448.

Bosses (redressement des), 124.

Bouton de Murphy (emploi du), 339.

Brulures (traitement des) par le chlorate de potasse, 773.

Calot (opération de), 522. — (redressement des bosses, d'après le procédé de), 124.

Cancer du sein inopérable (traitement du) par le carbure de calcium, 521. — du sein (traitement du), 811. — du sein traité par l'alcool, 16. — inopérable (emploi du formol dans les cas de), 237. — (traitement du) par les injections d'alcool, 521.

Carcinome du sein (traitement du), 521.

Cardiaques (procédé pour empêcher le suintement persistant à la suite des ponctions d'ascite chez les cirrhotiques et les), 767.

Carotide primitive (anévrisme traumatique du maxillaire interne traité par la ligature de la), 55.

Carpus curvus (traitement, 409.

Cérébelleuse (suppurations otitiques de la loge), 732.

Cholécystogastrostomie (de la), 840.

Cholédochotomie, 55.

Cirrhotiques (procédé pour empêcher le suintement persistant à la suite des ponctions d'ascite chez les), 767.

Cléido-humérale (néarthrose), 409.

Coley (traitement des sarcomes inopérables par le liquide de), 200.

Colles (fracture de) et les rayons Rœntgen, 730.

Corps étrangers de l'œsophage thoracique (œsophagotomie intra-médiastinale pour), 771. — (nouveau procédé de détermination de la position des) par la radiographie, 200. — (recherche des) par les rayons Roentgen, 705.

Cou (lymphadénome du) traité par les injections de naphtol camphré, 732.

Coxa-vara : diagnostic par la radiographie, 86. — (traitement de la), 702.

Coxo-fémorale spontanée (luxation), 667.

Craniens (radiographie dans l'extraction des projecties), 15.

Dentaire (eucaïne dans la chirurgie), 483.

Désarticulation inter-ilio-abdominale, 841.

Déviations rachitiques des jambes, 522.

Diaphyse tibiale (régénération de la) après son ablation pour ostéomyélite aiguë, 809.

Doigts (traumatismes des), 160.

Drainage de la cavité péritonéale, 275.

Duodenum (traitement opératoire de l'ulcère perforant du), 733.

Echinococotomie (nouveau procédé d') dans le foie et d'autres organes parenchymateux, 593.

Echinocoques et tumeurs syphilitiques, 593.

Ecrasement et l'hémostase (l'), 801, 829.

Empyème (traitement de l'), 339.

Entérectomie suivie d'enterorraphie circulaire, 773.

Entorses du pied (traitement des) par le bandage de Gibney, 809.

Epaule (application des courants de haute fréquence dans un cas de luxation de l'), 732. — (arthrectomie de l'), 375. — (traitement des luxations anciennes de l'), 810. — (traitement des luxations irréductibles de l'), 234.

Epistaxis (traitement de l') par les lavements d'eau chaude, 668.

Epithélioma du larynx, extirpation totale du larynx, 308.

Erysipèle (traitement des sarcomes inopérables par les toxines de l'), 665.

Estomac (extirpation totale de l'), 123. — (plaies de l'), 56.

Fémur (luxations traumatiques de la hanche compliquées de fracture du), 14.

Fils de lin (des), 773.

Foie mobile simulant un rein mobile, 841. — (nouveau procédé d'échinococotomie dans le), 593. — (traitement chirurgical des plaies du), 810. — (traitement des abcès du), 274.

Fractures de Dupuytren (traitement des) vicieusement consolidées, 199. — des membres (lésions des nerfs dans les), 773. — (traitement des) à l'aide d'appareils perméables aux rayons Rœntgen, 667. — (traitement des) par la mobilisation des fragments, 56.

Gangrène herniaire, 773. — sénile du pied (méthode d'amputation applicable à la), 809.

Gants en chirurgie, 306.

Gastro-entérostomie 733. — dans le traitement de l'ulcére de l'estomac, 56.

Gastro-intestinale. (chirurgie), 772.

Gastrostomie (procédé valvulaire dans la), 374.

Genou (Application des appareils plâtrés pour l'ankylose du), 731. — (traitement mécanique de l'haemarthrose du), 161.

Goitre de la base de la langue, 161. — Traitement chirurgical (du), 721.

Greffe animale (la), 376.

Greffes d'os vivants, 123. — épidermiques (des), 703.

Hœmarthrose du genou (traitement mécanique de l'), 161.

Hanche (Luxation bilatérale traumatique de la), 841. — (luxations traumatiques), 14.

Hémirésection du thorax, 160.

Hemoptysie (traitement de l') par les lavements d'eau chaude, 668.

Hémorragies (traitement des) par les applications locales de sérum gélatiné, 162. — (traitement des), 449.

Hémorroides (traitement des), 449.

Hémostase des artères intercostales, 703. — (l'écrasement et l'), 801, 829. — en chirurgie (l'), 338.

Hernie épigastrique chez un homme obèse. 732. — étranglée. Emploi de l'eau chaude, 703. — inguinale chez la femme, 811. — inguinales (cure radicale des) sans fils perdus 54.

Herniotomie (six cas d'), 55.

Hydrocéphalie acquise (drainage du quatrième ventricule dans l'), 201.

Hydropiques (moyen d'éviter le suintement des liquides à travers le canal de la ponction chez les), 125.

Hypoazoturie (de l') au point de vue opératoire, 773.

Injections coagulentes (traitement des tumeurs érectiles par les), 521.

Intestin grêle (occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'), 409,

Intestinale (obstruction) aiguë, 237. — (occlusion) traitée par la laparotomie, 161.

Jambe (amputation ostéoplastique de la), 86. — (appareil prothétique pour amputés de la), 731. — (application des appareils plâtrés pour l'ankylose du genou ou les factures de la), 731. — (fracture de) complications, 702.

Jambes (traitement des déviations rachitiques des), 522.

Jéjunostomie (de la), 841.

Lactique (quelques applications chirurgicales de l'acide), 839.

Langue (goitre de la base de la), 161.

Laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, 450. — (occlusion intestinale traitée par la), 161.

Larynx (Epithelioma du), 308.

Ligatures atrophiantes (résultat des) dans les tumeurs inopérables, 771.

Lin (des fils de), 773.

Liquides employés dans la pratique chirurgicale (valeur histologique des), 449.

Lithiase biliaire (traitement chirurgical de la), 274.

Luxations irréductibles de l'épaule, 375.

Lymphadénome du cou et du médiastin traité par les injections de naphtol camphré, 732.

Lymphangiome crural, 55.

Main (traumatismes de la), 160.

Mal de Pott (traitement du), 663.

Maxillaire inférieur (prothèse immédiate du), 731. — interne (anévrisme traumatique du) traité par la ligature de la carotide primitive, 55.

Médiastin (lymphadénome du cou et du) traité par les injections de naphtol camphré, 732.

Métatarsalgie (traitement chirurgical de la), 810.

Mobilisation des fragments (traitement des fractures par la), 56, — précoce des articulations, 809.

Muscle droit (modification de l'incision sur le bord externe du) dans l'opération de l'appendicite, 274.

Naphtol camphré (lymphadénome du cou et du médiastin traité par les injections de) 732.

Nasales (correction des difformités), 87.

Néarthrose cléido-humérale, 409.

Néoplasmes malins des os longs (traitement des), 770.

Nerfs (lésions des) dans les fractures des membres, 773.

Obstruction intestinale aiguë (traitement de l') 237.

Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle, 409. — intestinale traitée par la laparatomie, 161.

Œsophage thoracique (œsophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'), 771.

Œsophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'œsophage thoracique, 771.

Ongle incarné (traitement de l') par le nitrate de plomb, 275.

Os décalcifiés pour l'anastomose intestinale, 200. — longs (traitemeut des néoplasmes malins des), 770. — vivants (greffes d'), 123.

Ostéomyélite aiguë (régénération de la diaphyse tibiale après son ablation pour), 809.

Palatines (traitement opératoire des divisions), 840.

Pancréatite suppurée, 340.

Péri-anaux (traitement des abcès) 199.

Péridentite (chlorure d'éthyle dans la), 735.

Périostite du tibia par effort, 731.

Péritonéale drainage de la cavité, 275.

Péritonite chronique non tuberculeuse, 307. — herniaire suppurée, 703. — suppurées (nouveau mode de drainage dans le traitement des), 666. — tuberculeuse (laparatomie dans le traitement de la), 450). — tuberculeuses (traitement chirurgical des) 450.

Pied bot paralytique (traitement du), 842. — (traitement du), 592

Plaies de l'estomac. 56. — (état bactériologique des) dans les opérations aseptiques et antiseptiques, 307. — par arme à feu (résections intestinales pour), 339. — (traitement des) par action du jet de vapeur, 201.

Polype naso-pharyngien (extirpation d'un gros) par la méthode de Doyen, 732.

Ponction (moyen d'éviter le suintement des liquides à travers le canal de la) chez les hydropiques, 125.

Poumon (chirurgie du), 37.

Pravaz (suture avec l'aiguille de), 376.

Prognathisme (traitement chirurgical du), 731.

Pulpites (emploi du formagène dans les), 734.

Pylore (pylorectomie dans les sténoses simples du), 374.

Pylorectomie dans les sténoses simples du pylore, 374,

Radiographie (application de la) au diagnostic chirurgical, 124. — (coxa-vara diagnostic par la), 86. — dans l'extraction des projectiles crâniens, 15. — (nouveau procédé de détermination de la position des corps étrangers par la), 200.

Radioscopie (application de la) au diagnostic chirurgical, 124.

Rayons Rœntgen (la fracture de Colles et les). 730. — (recherche des corps étrangers par les), 705. — (traitement des fractures et luxations à l'aide d'appareils perméables aux). 667.

Rectum cancéreux (extirpation du) par la voie abdomino-périnéale, 520. — (voie vaginale dans le traitement des affections du), 734.

Redressement des bosses, 124 — (technique du) dans le procédé de Calot, 448.

Rein mobile (Foie mobile simulant un), 841.

Rétrécissement de l'intestin (forme particulière de), 340.

Rhumatisme articulaire aigu (traitement local de la douleur dans le), 124.

Rotule (indications thérapeutiques dans les fractures de la), 667.

Sarcomes inopérables (traitement des) par les toxines de l'érysipèle, 665. — inopérables par le liquide de Coley (traitement des), 200.

Sein (cancer du) traité par l'alcool, 16. — (traitement du cancer du), 811. — (traitement du cancer du) inopérable par le carbure de calcium, 521. — (traitement opératoire du carcinome du), 521. — (tumeur du) réputée maligne guérie par les courants continus, 522.

Sérum gélatiné (traitement des hémorragies par les applications locales de), 162.

Sous-cutanée (correction des difformités nasales par la méthode), 87.

Spina-ventosa tuberculeux (guérison du). 770,

Spondylite tuberculeuse (traitement de la), 338. — traumatique, 556.

Stase veineuse artificielle (technique de la), 665.

Sténoses simples du pylore (pylorectomie dans les). 374.

Suintement (moyen d'éviter le) des liquides à travers le canal de la ponction chez les hydropiques, 125. — persistant à la suite des ponctions d'ascite chez les cirrhotiques et les cardiaques (pour empêcher le), 767.

Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse, 732. — (pansement au bicarbonate de soude dans les), 735.

Suture artérielle, 235. — avec l'aiguille de Pravaz, 376. — circulaire de l'intestin avec des cylindres de caoutchouc, 409. — tendineuses et nerveuses, 110. — tendineuse pour anastomose, 55.

Syncope chloroformique (action de l'extrait des capsules surrénales dans la), 557.
Temporale (anévrisme cirsoïde de la région), 16.
Testicule tuberculeux (traitement chirurgical du), 86.
Thoracoplastie et traitement de l'empyème, 339.
Thorax (hémirésection du), 160.
Tibia (périostite du) par effort, 731.
Traumatismes de la main et des doigts, 160.
Tuberculose péritonéale (traitement chirurgical de la), 704.
Tumeur du sein réputée maligne guérie par les courants continus, 522. — érectiles (traitement des) par les injections coagulantes, 521. — inopérables (résultats des ligatures atrophiantes dans les), 771. — syphilitiques (échinocoques et), 593.
Tympan artificiel résonnateur, 163.
Ulcères chroniques (traitement des), 307. — de l'estomac (de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'), 56. — perforant du duodenum (traitement opératoire de l'), 733.
Uranostaphyloraphie (aiguille nouvelle pour l'), 376.
Valvulaire (procédé) dans la gastrostomie, 374.
Vapeur (traitement des plaies par action du jet de), 201.
Varices (traitement des) par l'excision veineuse avec ablation de grands lambeaux cutanés, 703.
Voies biliaires (chirurgie des), 771.
Voie vaginale dans le traitement des affections du rectum, 734.

Maladies du Tube digestif

(Dr Soupault)

Alimentation (moyen d'obtenir une bonne) dans les affections stomacales, 341.
Anse ilio-pelvienne du colon (contracture de l'), 706.
Antisepsie intestinale, 342.
Antiseptiques gastro-intestinaux (essais comparatifs concernant l'efficacité de quelques), 560.
Appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité, 310. — (traitement de l'), 595. — (traitement médiçal de l'), 627.
Ascite (valeur thérapeutique de l'urée dans le traitement de l') au cours de la cirrhose atrophique, 669.
Auto-intoxication intestinale et antisepsie intestinale, 342.
Bile (actions de certaines drogues et eaux minérales sur la sécrétion et la composition de la), 594.
Billiaires (indications du traitement chirurgical dans les affections), 18.
Cancer (résection du pylore pour), 276. — stomacal (technique de l'extirpation du), 309.
Cardiaques (retentissements) des dyspepsies, 58.
Cholécystectomie (de la), 669.
Cholédochotomie, 594.
Cirrhose atrophique (valeur thérapeutique de l'urée dans le traitement de l'ascite, au cours de la), 669.
Colique de plomb (action de l'atropine dans le traitement de la), 127. — hépatique (traitement par l'huile d'olive à haute dose), 17.
Collégiens (la dyspepsie chez les), 774.
Colon (contracture de l'anse ilio-pelvienne du), 706.
Constipation (action de l'atropine dans le traitement de la), 127. — chronique (traitement de la), 705. — rebelle guérie par le massage de la région de la vésicule biliaire, 813. — (traitement de la), 377.
Coprostase et hypersthénie gastrique, 377.
Cyclisme (action du) sur les viscères abdominaux et thoraciques, 707.
Dentaire (pulpe) dénudée, traitée par la pâte arsenicale, 164.
Diarrhée catarrhale (traitement de la) par l'eau calcaire effervescente, 127. — (traitement de la), 58.
Digestifs (troubles) dans les néphrites, 839.
Digestives (traitement des affections) par le suc gastrique de chien, 302.
Dyspepsie (la) chez les collégiens, 774. — (traitement de la) par le suc gastrique, 336. — (emploi des alcalins dans le traitement des), 341. — (retentissement des), 58 et 88. — (traitement des complications des), 57.
Entérite aiguë (emploi de teinture de benjoin dans l'), 88. — streptococcique aiguë, 406.
Entéro-colite muco-membraneuse (l'), 126.
Estomac (action de quelques médicaments sur l'), 412. — (extirpation de l'), 309. — (hoquet guéri par les lavages de l'), 407. — (hydrothérapie de l'ulcère rond de l'), 412. — (traitement général et diététique des maladies de l'), 811. — (traitement de l'ulcère de l'), 408. — (traitement des affections ulcéreuses de l'), 668. — (ulcère hémorragique de l') et son traitement chirurgical, 484. — (ulcères perforants de l'), 774.

Extraction d'un corps étranger (œsophagotomie pour), 561.
Fleiner (le traitement de) dans l'hyperchlorhydrie, 340.
Gangrène primitive du pharynx, 378.
Gastralgie hystérique (traiteme électrique de la), 813. — (sur la), 411.
Gastrique (traitement de la dysp sie par le suc), 336.
Gastrite hyperpeptique (traitem nt de la), 757.
Gastro-entérostomie pour gastros rrhée, 276. — pour hématémèses, 276.
Gastropathies (action du chlorate de soude dans les), 445.
Gastrorrhagies dans leur rapport avec les ulcérations stomacales et leur traitement par les lavages d'eau chaude, 561.
Gastrosucorrhée (gastro-entérostomie pour), 276.
Graines de citron (germination de) dans les intestins, 277.
Gymnastique pneumatique. Traitement nouveau de la myasthénie gastrique, 812.
Hématémèses (gastro-entérostomie pour), 276. — (traitement chirurgical des), 127.
Hoquet guéri par les lavages de l'estomac, 407.
Hydrothérapie de l'ulcère rond de l'estomac, 412.
Hyperchlorhydrie (action du chlorate de soude dans les gastropathies et spécialement dans l'), 445. — (influence exercée sur l'), par les fortes doses de bismuth, 276. — (le traitement de Fleiner dans l'), 340. — par saturation alcaline, 309.
Hypersthénie gastrique, 377.
Intestin grêle (torsion de la totalité de l') autour du mésentère, 595. — (traitement chirurgical des tumeurs primitives du mésentère de l'), 626.
Larves vivantes de mouches dans l'estomac humain, 310.
Lavements d'eau chaude (gastrorrhagies dans leur rapport avec les ulcérations stomacales et leur traitement par les), 561.
Lithiase biliaire, 775. — et les infections biliaires (indications du traitement chirurgical dans la), 1 . — pancréatique, traitement, 813.
Lombrics (occlusion intestinale par), 486.
Mésentère (torsion de la totalité de l'intestin grêle autour du), 595.
Myasthénie gastrique (la gymnastiqu pneumatique. Traitement nouveau de la), 812.
vomes de l'estomac (étude des), 164.
Néphrites (troubles digestifs dans les), 839.
Obstruction intestinale aiguë (pathologie et thérapeutique de l'), 626.
Occlusion intestinale (lavement avec pression dans un cas de), 277. — intestinale par lombrics, 486.
Œsophage et du rectum (emploi de l'eucaïne dans les affections de l'), 341.
Œsophagotomie pour extraction d'un corps étranger, 561.
Pancréatites suppurées et gangréneuses (traitement chirurgical des), 487.
Pharynx (gangrène primitive du), 378.
Pulpe dentaire dénudée (traitement de la) par la pâte arsenicale, 164.
Pylore (exclusion du), 561. — (résection du) pour cancer, 276. — (traitement chirurgical des rétrécissements du), 164.
Rectum (emploi de l'eucaïne dans les affections de l'œsophage et du), 341.
Rétrécissements du pylore (traitement chirurgical des), 164.
Saturation alcaline (hyperchlorhydrie par), 309.
Stomatite ulcéreuse (traitement de la), 163.
Suc gastrique de chien (traitement des affections digestives par le), 302.
Tumeurs primitives du mésentère de l'intestin grêle (traitement chirurgical des), 626.
Ulcérations stomacales (gastrorrhagies dans leur rapport avec les) et leur traitement par les lavements d'eau chaude, 561.
Ulcère de l'estomac (intervention chirurgicale dans l'), 128. — (traitement de l'), 231. — 408, 444. — hémorragique et son traitement chirurgical, 484. — rond de l'estomac (hydrothérapie de l'), 412. — du duodénum (traitement chirurgical des), 129. — perforants de l'estomac, 774.
Ulcéreuses (traitement des affections) de l'estomac, 668.
Viscères abdominaux et thoraciques (action du cyclisme sur les), 707.

Appareil pulmonaire, Cœur et Vaisseaux

(Dr Lyon)

Actinomycose pulmonaire ; guérison par l'emploi d'huile d'eucalyptus, 815.
Air libre (traitement à) dans la tuberculose pulmonaire, 815. — (ponction du cœur contre l'entrée de l') dans les veines, 203.

Alimentation naturelle et artificielle (curabilité de la phtisie pulmonaire par la minéralisation intensive et l'), 452.

Altitudes (traitement de la tuberculose pulmonaire par les hautes), 815.

Anasarque cardiaque (action diurétique du mercure dans l'), 238.

Anévrismes (injections de gélatine dans le traitement des) 814.— (traitemens des) par la gélatine, 736. — (injections gélatineuses et régime alimentaire dans le traitement des), 814.

Antidiphtérique (traitement de l'asthme par le sérum), 167.

Asthme bronchique (traitement de l'), 736. — streptococcique (sérothérapie dans l'), 342. — (traitement de l') par le sérum antidiphtérique, 167.

Bronches (injections intratrachéennes dans les maladies des), 167.

Bronchique (l'infection) et les vomitifs, 278.

Cardiaque (affection) causée par un accès de rire immodéré, 596.

Cardiaques (délires toxémiques des), 564. — (injections sous-cutanées de périplocine dans les affections, 525.

Cardiopathies (action de la diurétine dans les) et les maladies des reins, 814.

Circulation (action de l'extrait fluide de cactus grandiflorus sur le cœur et la), 736.

Cœur (action de l'extrait fluide de cactus grandiflorus sur le), 736. — (action diurétique du massage abdominal dans les affections du), 415. — dans la grossesse normale (du), 202. — (intervention chirurgicale dans les traumatismes du), 451. — (traitement des maladies du), par les agents physiques, 488.

Compression rythmée du cœur dans la syncope cardiaque, 844.

Délires toxémiques des cardiaques, 564.

Exsudats séreux de la plèvre (traitement des), 60. — pleurétiques (salol dans les), 416.

Gangrène pulmonaire (intervention chirurgicale dans la), 453.

Gras (le cœur) et son traitement, 59.

Grossesse normale (du cœur dans la), 202.

Gymnastique (traitement) des maladies du cœur et des vaisseaux, 413.

Hémoptysie (la nitro-glycérine comme hémostastique dans l'), 524. — (traitement de l'), 278.

Hospitalier (traitement) de la phtisie, 843.

Intratrachéennes (injections) dans les maladies des bronches et des poumons, 167.

Minéralisation intensive (phtisie pulmonaire, sa curabilité par la), 452.

Myocardites chroniques, 344.

Paracentèse du péricarde, 670.

Péricarde (intervention chirurgicale dans les traumatismes du), 451. — (paracentèse du), 670.

Péricardite (traitement chirurgical de la), 595.

Phlébites (traitement chirurgical des), 562.

Phtisie pulmonaire au début (action du créosotal et du duotal dans la), 844. — pulmonaire (nature intime de la), 452. — (traitement de la), 815. — (traitement hospitalier de la), 843.

Phtisiques (acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des), 166. — (sueurs nocturnes des) 452.

Physiques (traitement des maladies du cœur par les agents), 488.

Pleurésies exsudatives (traitement des) d'après Levacheff, 203. — séreuses (traitement des) par l'administration cutanée du gaïacol, 523.

Plèvre (traitement des exsudats séreux de la), 60.

Pneumonie (contagiosité et traitement de la), 238. — franche (effets de la pilocarpine dans la), 277. — (la pilocarpine dans la), 203. — lobaire (traitement de la) par les lavements de créosote, 627. — traitée par la phlébotomie, 311.

Pneumothorax chez les tuberculeux (traitement du), 310.

Poumons (injections intratrachéennes dans les maladies des), 167. — (traitement des affections ayant leur siège dans le), 415.

Rayons Rœntgen. Ont-ils une action sur la tuberculose de l'homme ? 203. (influence des) sur la tuberculose expérimentale, 844.

Régime alimentaire (injections gélatineuses et) dans le traitement des anévrismes, 814.

Reins (action de la diurétine dans les cardiopathies et les maladies des) 814.

Rétrécissement mitral (traitement méthodique du), 451.

Rire immodéré (affection cardiaque causée par un accès de), 596.

Sérothérapie dans l'asthme streptococcique, 342.

Sténocardie (la), 525.

Streptococcie pulmonaire. Injection de sérum antistreptococcique, 670.

Sueurs nocturnes des phtisiques, 452. — (acétate de thallium contre les), 166.

Syncope cardiaque (compression rythmée du cœur dans la), 844.

Tachycardie chez les tuberculeux, 524.

Thorax (traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation du), 523.

Toxines (emploi des) dans le traitement de la tuberculose, 505 et 541.

Traumatismes du cœur et du péricarde (intervention chirurgicale dans les), 451.
Tuberculeux (tachycardie chez les), 524.
Tuberculose de l'homme (les rayons Rœtgen ont-ils une action sur la), 203. — (du koumiss dans la), 344. — (emploi des sérums et des toxines dans le traitement de la), 505 et 541. — expérimentale (influence des rayons X sur la), 844. — pulmonaire (crymothérapie dans la), 278. — pulmonaire (ichtyol dans la), 311. — pulmonaire (méthode pratique pour injecter l'iode sous la peau dans le traitement de la), 814. — pulmonaire (traitement à air libre dans la), 815. — pulmonaire (traitement adjuvant de la) par l'immobilisation du thorax, 523. — pulmonaire (traitement de la) par les hautes altitudes, 815. — (traitement de la), 83, 165 415,.
Veines (ponction du cœur contre l'entrée de l'air dans les), 203.

Maladies du Système nerveux

(Pr Sémélaigne)

Alcoolisme (traitement de l') par la suggestion, 598.
Aliénés (traitement des) par le repos au lit, 707,
Amyotrophies (traitement sulfuré contre les), 526.
Apoplexie (traitement de l'), 60.
Arachnoidiennes (injections sous-), 345.
Athétose et tænia saginata, 628.
Bromure de camphre dans la chorée, 526. — (traitement de l'épilepsie par l'opium et les), 597.
Céphalalgies rebelles (trépanation dans les), 240.
Céphalées neurasténiques (traitement des), 707. — (traitement des) par le spray à l'éther, 737.
Cerveau (état actuel de la chirurgie du), 168.
Chorée : bromure de camphre, 526.
Ciguë (teinture de) dans le traitement du torticolis, 167.
Constipations chroniques (hypnothérapie des), 313.
Craniectomie dans le traitement de l'idiotie et de l'épilepsie, 628.
Délire psychique consécutif aux opérations, 280. — (traitement du), 239.
Delirium tremens (atropine dans le), 492. — (traitement du), 169.
Déments (traitement actif dans la paralysie générale des), 63.
Drainage arachnoïdien (trépanation et) dans la méningite, 491.
Elongation des nerfs (traitement du mal perforant plantaire par l'), 846.
Epilepsie (craniectomie dans le traitement de l'), 628. — jacksonnienne (traitement opératoire de l'), 129. — (traitement de l'), 61. — (traitement de l') par l'opium et les bromures, 597. — (traitement de l') par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique, 312. — (traitement de l'), par la sympathectomie, 672. — (traitement médical de l'), 416.
Ganglions cervicaux supérieurs du sympathique (traitement de l'épilepsie par la résection complète des), 312.
Gymnastique (traitement de la myotonie par la), 130.
Hémiplégie organique (traitement de l'), 671. — (traitement de l'), 62. — (traitement de l') par l'électricité, 20.
Hersage (traitement de la sciatique rebelle par le), 816,
Hoquet hystérique. Faradisation. Suggestion, 816.
Hypnose comme méthode thérapeutique contre l'abus du tabac, 738.
Hystérie avec symptômes, modifiée par la suggestion hypnotique, 527. — infantile (traitement de l'), 628.
Hystériques (traitement électrique de la neurasthénie chez les), 240, 417.
Idiotie (Craniectomie dans le traitement de l'), 628.
Insomnie des aliénés (la lactophénine contre l'), 527. — (traitement de l'), 21, 90. — (traitement de l'), 816. — (traitement électrique de l'), 313.
Kinésithérapie (de la) dans les affections du système nerveux, 145. — du tabes, 91.
Little (traitement de la maladie de), 313. — (traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de), 844.
Méningite (trépanation et drainage arachnoïdien dans la), 491.
Mentales (action des préparations de glande typhoïde dans les maladies), 528.
Migraine (comment faut-il traiter la), 92. — (traitement mécanique de la), 672. — (traitement pharmaceutique de la), 672.
Morphinisme chronique et son traitement hors de l'asile, 736.
Myélite aiguë grippale traitée par l'électricité, 577.
Myotonie (traitement de la) par la gymnastique et le massage, 130.

Nerfs (traitement du mal perforant plantaire par l'élongation des), 816.

Neurasthénie chez les hystériques (traitement électrique de la), 240. — 417. — (la) et son traitement, 817. — (traitement électrique de la), 21.

Neurasthéniques (traitement des états), 279.

Névralgie du trijumeau (traitement de la), 63, — (traitement chirurgical de la), 738. — du trijumeau (traitement électrique de la), 129. — faciale (traitement chirurgical de la), 737. — faciale (traitement électrique de la), 417. — intercostale rebelle, 337. — (traitement des) et des céphalées par le spray à l'éther, 737. — (traitement électrique des), 526.

Obsessions (thérapeutique des), 527.

Paralysie générale des déments (traitement actif dans la), 63. — générale (traitement de la), 239. — post-anesthésiques, 20.

Parkinson (la spartéine dans le traitement de la maladie de), 240.

Perforant plantaire (traitement du mal) par l'élongation des nerfs, 816.

Psychoses aiguës (traitement des), 64.

Repos au lit (traitement des aliénés par le), 707.

Sciatique emploi de l'antipyrine dans la), 345. — rebelle (traitement de la) par le hersage, 816. — traitée par les bains hydro-électriques, 526. — (traitement de la), 629. — (traitement de la) par l'électricité, 491.

Somnambulisme (traitement du), 345.

Spinal (traitement du torticolis spasmodique par la résection du), 816.

Suggestion à l'état de veille et effets utiles qu'on peut en attendre, 526. — hypnotique (hystérie avec symptômes, modifiés par la), 527. (traitement de l'alcoolisme par la), 598.

Sympathectomie (traitement de l'épilepsie par la), 672.

Syringomyélie (traitement de la), 526.

Tabac (hypnose comme moyen thérapeutique contre l'abus du), 738.

Tabes (affections du système nerveux, rappelant le) obtenues expérimentalement, 345. — (kinesithérapie du), 91.

Tenia sagittata (athétose et), 628.

Tétanos cérébral, 313.

Torticolis (emploi de la teinture de ciguë dans traitement du), 167. — mental (traitement médical du), 90. — spasmodique (traitement du) par la résection du spinal, 816.

Trépanation dans les céphalalgies rebelles, 240. — et drainage arachnoïdien dans la méningite, 491.

Trijumeau (traitement de la névralgie du), 63. — (traitement chirurgical de la névralgie du), 738. — (traitement électrique de la névralgie du), 129.

Ophtalmologie

(Dr Koppf)

Anesthésiques locaux en ophtalmologie, 418.

Blépharites (l'acide picrique dans le traitement des), 418.

Cataracte (lavage de la chambre postérieure après l'opération de la), 169. — secondaire (extraction totale de la), 777. — (suture conjonctivale appliquée à l'extraction de la) 777.

Catarrhe printanier (pommade salicylée dans le traitement du), 206.

Chambre postérieure (lavage de la) après l'opération de la cataracte, 169.

Collyres huileux (avantages des), 417.

Conjonctivales (lésions des muqueuses) à la suite des différentes méthodes de traitement des granulations, 455. — (suture) appliquée à l'extraction de la cataracte, 777.

Conjonctive (inflammations aiguës de la), 775. — bulbaire (épithélioma volumineux de la), 419.

Conjonctivite blennorrhagique (injections sous-conjonctivales de sublimé dans le traitement de la), 739. — granuleuse (traitement de la) par l'électrolyse, 739. — membraneuses staphylo-streptococciques (traitement des) par le sérum de Marmoreck, 206. — végétante à recrudescence printanière, 776.

Cornée (traitement des phlyctènes et des ulcères de la) 379.—(traitement des ulcérations de la) chez les enfants, 206.

Corps vitré (traitement du trouble post-traumatique du), 598.

Cristallin (emploi de l'atropine pour remplacer l'iridectomie dans certains cas de synéchies postérieures et d'opacités partielles du), 558.

Dacryocystites (extirpation du sac dans les), 775.

Diphtérie oculaire (huile brute de pétrole dans le traitement de la), 169. — (traitement de la), 418.

Diphtéritique (ophtalmie) et sérothérapie, 134.

Droit supérieur (ténotomie du) dans certains cas de leucomes cornéens, 455.

Eclairage artificiel, 134.

Ectropion (traitement de l'), 598.

Electrolyse (traitement de la conjonctivite granuleuse par l'), 739. — (traitement d'une tumeur angiomateuse de la paupière par l'), 205. — (traitement sous-conjonctival de l'épisclérite par l'), 418.

Episclérite (traitement sous-conjonctival de l') par l'électrolyse, 418.

Epithélioma volumineux de la conjonctive bulbaire, 419.

Granulations (lésions des muqueuses conjonctivales à la suite des différentes méthodes de traitement des), 455.

Herpès zoster de l'œil (traitement de l'), 135.

Hypopion recidivant (iridectomie dans l'), 419.

Infiltrations cornéennes (traitement des) par les injections sous-conjonctivales massives de sérum artificiel, 420.

Injections profondes intramusculaire de calomel en thérapeutique oculaire, 455. — sous-conjonctivales de sublimé dans le traitement de la conjonctivite blennorrhagique, 739.

Instillations de sérum antidiphtérique combinées aux injections hypodermiques de ce sérum dans la diphtérie oculaire, 418.

Iridectomie dans l'hypopion récidivant, 419. — (emploi de l'atropine pour remplacer l'), 558.

Iris (leucosarcome de l'), 206. — (traitement de la tuberculose de l'), 455.

Iritis rhumatismales (sérothérapie dans certaines), 420. — (traitement de l') par des injections sous-conjonctivales de sublimé, 630.

Kératectomie totale combinée, suivie de suture, 738.

Kératite deudritique (la), 775. — parenchymateuse diffuse (rôle des maladies générales dans l'étiologie de la), 207. — phlyténulaire (causes et traitement de la), 739. — suppurée (acide lactique dans la), 378.

Lacrymaux (thérapeutique de l'obstruction des conduits), 739.

Leucomes cornéens (ténotomie du droit supérieur dans certains cas de), 455.

Leucosarcome de l'iris, 206.

Obstruction des conduits lacrymaux (thérapeutique de l'), 739,

Œdème essentiel des paupières (traitement de l'), 558.

Œil (action de l'eucaïne A et de l'eucaïne B. sur l'), 599.

Opacités partielles du cristallin (emploi de l'atropine pour remplacer l'iridectomie dans certains cas de synéchies postérieures et d'), 558.

Ophtalmie blennorrhagique des adultes (traitement de l'), 379. — (comment empêcher la production d'une) chez le nouveau-né, 740. — diphtéritique et sérothérapie, 134. — gonorrhéique du nouveau-né (traitement de l'), 207. — purulente (solutions concentrées de permanganate de potasse dans l'), 134.

Ophtalmothermométrie, 133.

Paupières (traitement de l'œdème essentiel des), 558. — (traitement d'une tumeur angiomateuse de la) par l'électrolyse, 205.

Phlyctènes (traitement des) et des ulcères de la cornée, 379.

Ptérygion et son opération (le), 630.

Sac (extirpation du) dans les dacryocystites, 775.

Sclérotomie antérieure, 133.

Scrofuleuse (injections parenchymateuses d'iode dans les maladies oculaires de nature), 455.

Sérothérapie dans certaines iritis rhumatismales, 420. — (ophtalmie diphtéritique et) 134.

Sérum artificiel (infiltrations cornéennes traitées par les injections sous-conjonctivales massives de), 420.

Synéchies postérieures (emploi méthodique de l'atropine pour remplacer l'iridectomie dans certains cas de), 558.

Ténotomie du droit supérieur dans certains cas de leucomes cornéens, 455.

Trachome (emploi de crayons, de lamelles et de pinces en caoutchouc dans le traitement du) 599. — (traitement du), 26, 169. — par l'iode, 559.

Traumatisme oculaire (deux cas de), 253.

Trouble post-traumatique du corps vitré (traitement du), 598.

Tuberculose oculaire (traitement de la) par les nouvelles tuberculines de Koch O. et R., 454.

Tumeur angiomateuse de la paupière (traitement d'une) par l'électrolyse, 205.

Ulcérations de la cornée chez les enfants (traitement des), 206.

Ulcères de la cornée (traitement des), 379.

Xérose et son traitement (de la), 629.

Maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles

(Dr Castex).

Amaurose, suite d'opération intranasale, 315.

Amygdale linguale, comme cause de la toux, 456.

Amygdalotomie (emploi de chloroforme dans un cas d'), 93.

Anesthésique local (l'eucaïne comme) dans la chirurgie du pharynx, du nez et des oreilles, 92.

Antidiphthérique (action du sérum) dans l'ozène, 493.
Arsénieux (traitement des tumeurs malignes du nez, de la langue et du larynx par l'acide), 493.
Bouche (position de l'orifice de la trompe d'Eustache et possibilité d'en pratiquer le cathétérisme par la), 779.
Bourdonnements d'oreille (traitement des), par le cimifuga racemosa, 421.
Catarrhe de la trompe d'Eùstache et de l'oreille moyenne (traitement du), 23. — laryngé aigu (ichtyol dans le), 421.
Cimifuga racemosa (traitement des bourdonnements d'oreilles par le), 421.
Corps étrangers de l'oreille (traitement des), 631.
Coryzas (traitement des), 347.
Croup (application de l'intubation au), 421. — tubage momentané de la glotte dans le), 120,
Curettage de l'oreille moyenne dans les cas de suppuration, 779.
Dent dans l'oreille, nécessitant la réclination du pavillon pour son extraction, 23.
Empyème chronique du sinus maxillaire (cure de l', 778. — frontal (diagnostic de l'), 494.
Endo-Laryngé (traitement opératoire) des polypes du larynx, 778.
Epithélioma du larynx, 632.
Eponge de Bernay comme hémostatique dans les hémorragies du nez et du nasopharynx, 457.
Eunuchoïde (voix), 1.
Evidement pétro-mastoïdien dans les suppurations de la caisse, 23.
Face (sinusites aiguës de la) et leur traitement, 204, 630.
Goutte (relations de la) et des maladies de l'oreille, 420.
Haleine (fétidité de l') et son traitement par les injections de carbonate de créozote, 847.
Hémorragies du nez et du nasopharynx (éponge de Bernay comme hémostatique dans les), 457.
Hydrorrhée nasale, 846.
Intubation (son application au traitement des sténoses laryngées et du croup), 421.
Irrigation nasale, 314.
Langue (traitement des tumeurs malignes de la) par l'acide arsénieux, 493.
Laryngite aiguë suffocante guérie par le tubage prolongé, 632.
Larynx (epithélioma du), 632. — (traitement des tumeurs malignes du) par l'acide arsénieux, 493. — (traitement opératoire endo-laryngé des polypes du), 778.
Nasales (état actuel de la thérapeutique des affections, 421.
Nasopharynx (éponge de Bernay comme hémostatiques dans les hémorragies du nez et du), 457.
Nez (éponge de Bernay comme hémostatique dans les hémorragies du), 457. — (traitement des tumeurs malignes du) par l'acide arsénieux, 493.
Olfactif (traitement chirurgical des sinus qui entourent l'appareil), 493.
Oreille (la syphilis de l'), 347. — moyenne (curettage de l') dans les cas de suppuration, 779. — moyenne (sarcome ossifiant de l') chez un enfant de 8 ans, 631. — moyenne (traitement du catarrhe de l'), 23. — (relations de la goutte et des maladies de l'), 420. — (réunion immédiate du pavillon de l') après la cure radicale de l'otorrhée, 779. — (traitement des bourdonnements d') par le cimifuga racemosa, 421. — (traitement des corps étrangers de l'), 631. — (traitement thyroïdien des maladies de l'), 779.
Otite catarrhale chronique (traitement de l') par la thyroïdine, 847.
Otorrhées chroniques (nouveau traitement des), 456. — (réunion immédiate du pavillon de l'oreile après la cure radicale de l'), 779.
Ozène (action du sérum antidiphtérique dans l'), 493. — (essai expérimental sur l'), 346. — (sérum antidiphtérique dans l'), 24. — (sérum thérapie de l'), 847. — (traitement de l') par l'électrolyse interstitielle cuprique, 346. — traité par l'électricité, 24.
Papillomes laryngées (traitement des) chez les enfants, 778.
Pavillon (dent dans l'oreille, nécessitant la réclination du), 23.
Pharyngées et laryngées (affections), mode de traitement, 11.
Pharynx nasal (les végétations adénoïdes du), 631.
Polypes du larynx (traitement opératoire endo-laryngé des), 778. — fibro-choanaux (méthode d'ablation des) par la voie buccale, 346.
Rhinite atrophique (traitement de la), 314.
Sarcome ossifiant de l'oreille moyenne chez un enfant de 8 ans, 631.
Septico-Pyohémie otitique, 24.
Sérum antidiphtérique dans l'ozène, 24.
Sérumthérapie de l'ozène, 847.
Sinus frontal (traitement chirurgical des affections du), 24. — maxillaire (cure de l'empyème chronique du), 778. — traitement chirurgical des), qui entourent l'appareil olfactif, 493.

Sinusites aiguës de la face et leur traitement, 204. 630. — fronto-maxillaire droite, trépanation et curettage. 346.

Sténoses laryngées (application de l'intubation aux), 421.

Suppurations (curettage de l'oreille moyenne dans les cas de), 779. — de la caisse (évidement pétro-mastoïdien dans les), 23.

Synéchies nasales (acide chromique contre les), 493.

Syphilis de l'oreille (la), 347.

Toux (amygdale linguale, comme cause de la), 456.

Trachéotomisé (introduction d'huile créosotée à travers la canule, chez un), 93.

Trompe d'Eustache (position de l'orifice de la) et possibilité d'en pratiquer le cathétérisme par la bouche (779). — (traitement du catarrhe de la), 23.

Tubage momentané de la glotte dans le croup, 120. — prolongé (laryngite aiguë suffocante guérie par le), 632.

Tumeurs malignes du nez, de la langue et du larynx (traitement des) par l'acide arsénieux, 493.

Végétations adénoïdes (ablation des), 315. — adénoïdes du pharynx nasal (les), 631.

Voix eunuchoïde, 1.

Maladies de la Peau et Maladies vénériennes

(Dr Morel-Lavallée)

Acné excoriée des jeunes filles et son traitement (l'), 348. — rosacéa (traitement de l'), 93. — vulgaire (traitement de l'), 93. — (traitement de l'), 458.

Aiguille galvanocaustique (traitement du sycosis de la barbe au moyen de l'), 849.

Alibour (l'eau d') dans l'impétigo, 849.

Balnéothérapie du psoriasis. 380.

Barbe (traitement du sycosis de la) au moyen de l'aiguille galvano caustique, 849.

Brûlures (traitement des) par l'acide picrique, 130. — (traitement des) spécialement par l'acide pirique, 600.

Bubons inguinaux (traitement des) d'après le procédé de Lang, 494.

Cancer cutané (du chelidonium majus dans le. 133. — des paupières et de la face (chelidonium majus dans le), 634.

Captol (le) dans la séborrhée, 171.

Cautérisation ignée (la), 171. — ignée (indications de la), 208.

Chancre mou (traitement du), 835, — (xéroforme dans le), 494.

Cheveux (croissance de) sur des cicatrices faviques, obtenue en ensemençant dans les rainures de scarifications, des parcelles de tiges de cheveux, 848.

Compression élastique (traitement de certaines affections cutanées par la), 350.

Courants d'air chaud (traitement du lupus vulgaire par les), 27.

Cutanées (action de l'extrait aqueux de pinus sylvestris dans les affections), 742. — (naphtalan dans le traitement de quelques affections), 423. — (traitement des affections les plus importantes, 530,

Dentifrices (eczéma des lèvres causé par les eaux), 133.

Dermatomycoses (eau d'Alibour dans les), 170.

Dermatoses (emploi du naphtalan dans les et la syphilis), 741.

Dermatothérapie (Revue annuelle de), 382.

Doigts (eczéma chronique des), 381.

Eau d'Alibour dans les dermatomycoses, 170. — oxygénée dans le traitement du psoriasis. 380.

Eaux sulfureuses (traitement complémentaire de la syphilis par les), 708.

Eczéma chronique des doigts et de la main, 381. — des lèvres causé par les eaux dentifrices. 133. — (traitement de l'), 381. — (traitement de l') par la méthode des scarifications, 156.

Erythème polymorphe (perplexité du thérapeute en face de l'), 602.

Ethylène-diaminecrésol (valeur désinfectante de l'), 349.

Favus (trichophytie et), 26.

Frictions hydrargyriques (méthode pour les. 350. — mercurielles (les), 850.

Glandes sudoripares (élimination de la graisse par les), 422.

Goitre syphilitique. 350.

Graisse (élimination de la) par les glandes sudoripares, 422.

Hydrargyrique (traitement de la syphilis par l'administration interne d'onguent), 602.

Impétigo (l'eau d'Alibour dans l'), 849.

Injections intra-musculaires de sérum artificiel bichloruré hydrargyrique, faites à doses

fortes et éloignées dans le traitement de la syphilis, 740.

Jambe (ulcères lépreux de la), 422.

Lang (traitement des bubons inguinaux d'après le procédé de), 494.

Larynx (traitement du lupus du pharynx et du), 565.

Lèpre (traitement thyroïdien de la), 494.

Lèvres (eczéma des) causé par les eaux dentifrices, 133.

Lupus (calomel en injections hypodermiques contre le), 380. — érythémateux (du), 422. — érythémateux guéri par le procédé Joseph Schitze, 633. — érythémateux (le) et sa curabilité, 781. — érythémateux (traitement du), 632. — (rayons Rœntgen dans le traitement du), 240. — (traitement du) du pharynx et du larynx, 565. — (traitement du) par les rayons lumineux concentrés, 564. — (traitement radical du), 93. — vulgaire (traitement du), 27. — par les rayons chimiques concentrés, 170.

Main (eczéma chronique de la), 381.

Maladies vénériennes (traitement des), 633.

Monochlorophénol (le) dans la teigne tondante, 818.

Muqueuses (traitement électrique de certaines affections de la peau et des), 528.

Papillomes vénériens (de la résorcine dans les), 529.

Peau (traitement électrique de certaines affections de la), 528.

Pelade (pulvérisations de chloréthyle dans la), 381.

Pharynx (traitement du lupus du) et du larynx, 565.

Plaies chancrelleuses (traitement des) par le rayonnement calorique, 708.

Pratique dermatologique, 742.

Prurit (traitement du), 613.

Psoriasis (balnéothérapie du), 380. — (eau oxygénée dans le traitement du), 380. — (traitement du) par la méthode des scarifications, 156. — vulgaire (traitement du), 781.

Pulvérisations de chloréthyle dans la pelade, 381.

Pylvis cuticolor, 780.

Rayons chimiques concentrés (traitement du lupus vulgaire par les), 170. — 564. — Rœntgen dans le traitement du lupus, 240.

Rayonnement calorique (traitement des plaies chancrelleuses par le), 708.

Rectum (traitement opératoire des rétrécissements syphilitiques du), 709.

Remèdes (quelques nouveaux) en dermatologie, 851.

Rétrécissements syphilitiques du rectum (traitement opératoire des), 709.

Scabiès (le salicylate de nicotine et son emploi dans les cas de), 634.

Scarification (la), 27 et 131, (traitement du psoriasis et de l'eczéma par la méthode des), 156.

Séborrhée (le captol dans la), 171.

Sérothérapie de la syphilis, 634.

Sérum d'animaux mercurialisés (traitement de la syphilis par le), 28.

Sycosis de la barbe (traitement du) au moyen de l'aiguille galvanocaustique, 849.

Syphilides (traitement local des), 818.

Syphilis dans l'armée (traitement de la) par les injections intra musculaires de mercure, 209. — (emploi du naphtalan dans les dermatoses et la), 741. — et nouveaux-nés, 241. — (injections de calomel dans le traitement de la), 709. — (injections intra-musculaires de calomel dans le traitement de la), 457. — (iode métallique dans la), 170. — (la kératine dans le traitement de la), 380. — (les préparations iodées et leur dosage dans le traitement de la), 741. — (sérothérapie de la), 634. — tertiaire (traitement de la), 817. — (traitement de la), 28. — (traitement complémentaire de la), par les eaux sulfureuses), 708. — en général et de la syphilis tertiaire en particulier, 817. — par les injections intramusculaires de sérum artificiel bichloruré hydrargyrique, faites à doses fortes et éloignées, 740. par l'administration interne d'onguent hydrargyrique, 602 — tertiaire (traitement opératoire), 94.

Teigne tondante (le monochlorophénol dans la), 818. — (traitement de la), 423.

Térébenthine et iode dans la trichophytie, 818.

Trichophytie et favus, 26. — (térébenthine et iode dans la), 818.

Trichorrexie noueuse (traitement de la), 818.

Ulcères lépreux de la jambe, 422, — chroniques, (traitement des) par l'airol, 28.

Verrues (le bichromate de potasse contre les), 170. — (traitement des), 133.

Maladies des Voies Urinaires

(Dr Chevalier)

Angioneurectomie double dans l'hypertrophie de la prostate, 819,

Antiseptiques (valeur comparée des divers) dans les traitements des infections vésicales, 781

Anurie calculeuse, 853. — calculeuse et rein unique, 316. — calculeuse (néphrotomie pour) 783.

Badigeonnages au salicylate de méthyle (guérison rapide de l'orchite ourlienne par les), 710.

Blennorrhagie aiguë (acide picrique dans le traitement de la), 710. — aiguë (traitement de la) par le protargol, 96. — alumnol et nitrate d'argent dans la pommade à la lanoline dans la), 459). — chronique (traitement de la), 710, 793, 835. — (traitement abortif de la), 819. — (traitement de la) d'après le procédé de Janet, 635. — par les injections d'argonine, 243.

Bottini (traitement de l'hypertrophie prostatique par la méthode de), 819.

Bright (emploi des diurétiques dans le mal de), 173.

Calcul chez un enfant, 852. — de l'urètre chez un enfant de 6 ans, 852. — (gros) vésico-prostatique, 603. — prostatiques (traitement des), 852. — (rayons Rœntgen au point de vue de la recherche des), 65. — vésical extrait par la taille hypogastrique, 852.

Canaux déférents (castration et résection des) dans l'hypertrophie de la prostate, 819.

Canule pour les lavages de l'urètre antérieur, 316.

Cathétérisme chez les prostatiques (du), 96. — cystoscopique des urétères, 852. — des urétères par les voies naturelles, 459. — (règles du), 328, 365.

Circoncision (nouveau procédé de), 172.

Cordon (résection du) pour hypertrophie prostatique, 743.

Corps étranger dans la vessie, 423. — étranger de l'urètre chez l'homme, 242.

Cystite tuberculeuse (traitement de la), 852.

Cystocèle double (hernie crurale double avec), 459.

Cystocolostomie pour extrophie vésicale, 635.

Cystodrainage (rétrécissement traumatique de l'urètre traité par la ponction et le), 171.

Cystorrhapie primitive, 852.

Cystoscope de Fenwick et nouveau cystocope de Nitze Cathétérisme des urétères, 635.

Cystoscopie et cathétérisme des urétères. 423. — et lithotritie chez la femme, 710.

Cystotomie sus pubienne avec mécat hypogastrique suffisant, 242. — sus-pubienne dans le prostatisme, 635.

Dilatation dans l'urétrite chronique, 635. — élastique continue (traitement des rétrécissements de l'urètre par la), 171. — (traitement de l'urétrite chronique aseptique par les hautes), 95.

Distoma hématobia (résection partielle de la vessie pour ulcération causée par un), 65.

Dysurie (traitement de la), 66.

Epididymite blennorhagique (traitement de l') par les applications de glace, 742.

Exstrophie de la vessie dans le sexe féminin. 743. — de la vessie (traitement de l'), 852. — vésicale (cystocolostomie pour), 635. — vésicale (traitement de l') par l'implantation des urétères dans le rectum, 423.

Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme (traitement), 210.

Glace (traitement de l'épididymite blennorrhagique par les applications de), 742.

Gonorrhée chronique, 172. — (traitement de la par les injections d'ichtyol, 424.

Hématocèle vaginal (traitement de l') par l'excision totale, 459.

Hématuries rénales, 459. — rénales dites essentielles, 783. — vésicales d'origine néoplasique (emploi du sérum gélatineux dans les), 710.

Hémorragies du rein (phénomènes congestifs dans la pathogénie des), 423.

Hernie crurale double avec cystocèle double, 459.

Hydrocèle simple (traitement de l'), 67. — 783, 852. — vaginale (traitement complet de l', 242. — vaginale (traitetement radical de l', 171.

Hypertrophie de la prostate (angioneurectomie double dans l'), 819. — de la prostate (castration et résection des canaux déférents dans l'), 819. — prostatique, cystotomie sus-pubienne avec méat hypogastrique suffisant, 242. (médication par la prostate et les vésicules séminales dans l'), 603. — (résection du cordon pour), 743. — (suites éloignées de la vasectomie dans le traitement de l'), 819. — (traitement de l'), 241. — (traitetement de l' par la méthode de Bottini, 819.

Hypospadias (restauration uréthrale dans l' 315.

Infection vésicale (traitement de l') par la taille hypogastrique, 710.

Kystes hydatiques du rein (étude des), 710. — hydatique rétrovésical, 852.

Lithiase rénale (erreurs de diagnostic se rapportant à la), 384.

Lithotritie chez la femme, 710. — chez un malade atteint de néoplasme infiltré de la vessie, 65.

Néoplasmes de la vessie (traitement des) par le pyoctanin, 382. — (extirpation totale de la vessie pour), 316. — infiltré de la vessie (lithotritie chez un malade atteint de), 65.

Néphrite chronique (extrait du corps thyroïde dans la), 853. — (la ponction et la saignée dans la), 853. — scarlatineuse (traitement de la), 424.

Néphrotomie (de la), 653, 685. — pour anurie calculeuse, 783. — précoce dans les pyonéphroses, 603.

Orchite blennorrhagique (doit-on aliter les malades atteints d'), 52, — ourlienne (guérison rapide de l') par les badigeonnages au salicylate de méthyle, 710.

Pachyvaginalite multiloculaire, 172.

Paraphimosis (traitement du), 636.

Pommades urétrales et suppositoires urétraux, 818.

Ponction (la) et la saignée dans la néphrite et l'urémie, 853. — (rétrécissement traumatique de l'urètre traité par la), 171.

Prostate (angioneurectomie double dans l'hypertrophie de la), 819. — (castration et résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la), 819. — (médication par la) et les vésicules séminales dans l'hypertrophie prostatique, 603.

Prostatiques (cathétérisme chez les), 96. — (traitement des) 819.

Prostatisme (cystotomie sus-pubienne dans le), 635.

Pyonéphrose (néphrotomie précoce dans les), 603.

Rayons Rœntgen au point de vue de la recherche des calculs, 65.

Rectum (traitement de l'exstrophie vésicale par l'implantation des uretères dans le), 423.

Rein (chirurgie du), 383. — Etude des kystes hydatiques du), 710. — gauche (tumeur volumineuses du), 635. — mobile (traitement du), 210. — (Phénomènes congestifs dans la pathogénie des hémorragies du), 423. — (résection partielle du) avec autoplastie, 635. — unique (anurie calculeuse et), 346.

Rénales (traitement des affections) chroniques. 783. — (traitement opératoire de certaines affections), 384.

Résection du tissu rénal pratiquée dans un but de diagnostic, 459.

Rétention d'urine (traitement aseptique de la), 852.

Rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre (traitement des) par l'électrolyse linéaire, 383. — de l'urètre, 171. — de l'urètre (méthode électrolytique dans le traitement des), 67. — de l'urètre (valeur de l'électrolyse dans le traitement des), 75, 109. — traumatique de l'urètre traité par la ponction et le cystodrainage, 171.

Rupture traumatique de l'urètre pelvien, 819. — traumatique de l'urètre spongieux, 819.

Saignée (la ponction et la) dans la néphrite et l'urémie, 853.

Séreuse pariétale (traitement de l'hydrocèle vaginale par la résection complète de la), 242.

Sonde à demeure dans les infections vésicales, 782.

Taille hypogastrique (nouvelle mélhode de), 710. — hypogastrique préliminaire dans la résection de l'urètre périnéal et pelvien, 819. — hypogastrique (traitement de l'infection vésicale par la), 710. — hypogastrique (volumineux calcul vésical extrait par la), 852.

Testicule (traitement de l'hypertrophie prostatique par les opérations pratiquées sur le), 245.

Tissu rénal (résection du) pratiquée dans un but de diagnostic, 459.

Tuberculose génito-urinaire (médication dans la), 52. — vésicale (traitement chirurgical de la), 603.

Tumeur volumineuse du rein gauche chez un enfant de 16 ans, 635.

Ulcération causée par un Distoma hématobia (résection partielle de la vessie pour), 65.

Urémie gastrique dans ses formes lentes 767. — (la ponction et la saignée dans l'), 853.

Uretères (cathétérisme cystoscopique des), 852. — (cathétérisme des) par les voies naturelles, 459. — (cystoscope de Fenwick et nouveau cystoscope de Nitze : cathétérisme des), 635. — (cystoscopie et cathétérisme des), 423. — dans le rectum (traitement de l'exstrophine vésicale par l'implantation des), 423. — (sutures de l') 172. — antérieur (nouvelle canule pour les lavages de l'), 316. — (càlcul de l') chez un enfant de 6 ans, 852. — (corps étranger de l') chez l'homme, 242. — (méthode électrolytique dans le traitement des rétrécissements de l'), 67. — pelvien (rupture traumatique de l') 819. — périnéal et pelvien taille hypogastrique préliminaire dans la résection de l'), 819. — (rétrécissements de l'), 171. — (rétrécissement traumatique de l') (traité par la ponction et le cystodrainage 171. — spongieux (rupture traumatique de l'), 819. — (traitement des rétrécissements blennorrhagiques de l') par l'électrolyse linéaire, 383. — (valeur de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements de l'), 75.

Urétrite à gonocoques (traitement de l') par le Protargol, 458. — blennorrhagique aiguë (traitement de l') par le protargol, 603. — blennorrhagique chronique (traitement de l') par les instillations d'acide picrique, 65. —

blennorrhagique (traitement de l') par le cyanure de mercure, 819. — blennorrhagique (traitement de l') par le protargol, 819 et 853. — chronique aseptique (traitement de l') par les hautes dilatations, 95. — chronique (dilatation dans l'), 635. — (pathogénie d'une variété d'), aseptique, 819.

URÉTROCÈLE (un cas d'), 459.

URINE (traitement aseptique de la rétention d'), 852.

VARICOCÈLE (traitement du), 181.

VASECTOMIE (suites éloignées de la), dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, 819.

VÉSICALES (sonde à demeure dans les infections), 782. — (traitement des infections), 782. — (valeur comparée des divers antiseptiques dans les traitements des infections), 781.

VÉSICO-INTESTINALES (fistules) acquises chez l'homme. Traitement, 210.

VÉSICULES séminales (médication par la prostate et par les) dans l'hypertrophie prostatique, 603.

VESSIE (corps étranger dans la), 423. — (exstrophie de la) dans le sexe féminin, 743. — (extirpation totale de la) pour néoplasme, 316 — lithotritie chez un malade, atteint de néoplasme infiltré de la), 65. — (résection partielle de la) pour ulcération causée par un Distoma hématobia 65. — (traitement de l'exstrophie de la), 852. — (traitement des néoplasmes de la) par le pyoctanin, 382.

VOIES urinaires (emploi du protargol dans les inflammations des), 603.

Gynécologie

(Dr BLONDEL)

ABCÈS pelviens, 171.

ACCOUCHEMENT (opérations pour restaurer les déchirures causées par l'), 210.

AFFECTIONS gynécologiques inflammatoires par des injections intra-utérines (traitement des), 605.

AIROL (traitement de l'endométrite par les crayons de salicylate de méthyle et d'), 748.

ALUN (traitement du cancer de l'utérus par l'), 352.

AMÉNORRHÉE fonctionnelle (emploi du seneçon — dans le traitement de l'), 460.

ANESTHÉSIE dans les accouchements anormaux, 211. — obstétricale par la suggestion hypnotique, 211.

ANESTHÉSIQUE local (l'eucaïne B, comme) en cas de rupture du périnée et de curettage de l'utérus, 676.

ANNEXES (ablation des tumeurs des) par la voie vaginale, 99. — de l'utérus (de la colpotomie dans la résection des), 135.

AVORTEMENT artificiel légal (curettage pour), 29. — (traitement de l'), 784.

BLENNORRHAGIE (traitement de la) chez la femme, 351. — par le protargol, 532.

CANCER de l'utérus (carbure de calcium pour le soulagement du), 854. — (traitement du) par l'alun, 352. — utérin (hystérectomie abdominale totale dans le), 317. — 320.

CARBURE de calcium pour le soulagement du cancer de l'utérus, 854.

CASTRATION abdominale totale dans les affections septiques utéro-annexielles, 747.

CAVITÉ pelvienne (la laparotomie vaginale comme opération exploratrice de la), 856.

COL (valeur comparative de l'hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement du cancer du), 747.

COLPOTOMIE dans la résection des annexes de l'utérus, 135. — postérieure ou laparotomie vaginale comme opération exploratrice de la cavité pelvienne, 856.

CREVASSES du mamelon (traitement des) par l'orthoforme, 797.

CUL-DE-SAC postérieur (traitement des suppurations pelviennes par l'incision du), 531, 604.

CURETTAGE pour avortement artificiel légal, 29. — utérin (pansement consécutif au), 673.

CYSTOCÈLE (traitement opératoire de la), 532.

DÉCHIRURES causées par l'accouchement (opérations pour restaurer les), 210.

DÉPLACEMENTS de l'utérus (traitement opératoire des), 712.

DILATATION des trompes, 98. — préalable (traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans), 495.

DRAINAGE (traitement de la métrite post-puerpérale par le), 636.

DYSMÉNORRHÉE (manganèse dans le traitement de la), 245.

ELECTROTHÉRAPIQUE (pratique) dans le traitement des fibromes utérins, 425.

ENCEINTES (massage dans les vomissements incoercibles des femmes), 100.

ENDOMÉTRITE (emploi de l'acide lactique dans le traitement de l'), 97. — (traitement de l') par les crayons de salicylate de méthyle et d'airol, 748.

Enucléation des fibro-myomes volumineux par la voie vaginale, 135.

Epiploon (prolapsus de l') après l'hystérectomie, 532.

Fibromes (ablation par voie vaginale de l'utérus présentant des), 712. — compliqués de grossesse (hystérectomie abdominale totale pour), 857. — pédiculés de l'utérus, 281. — (traitement médical palliatif des), 282. — utérins (pratique électrothérapique dans le traitement des), 425. — (traitement des), 605. — par l'hystérectomie vaginale, 425. — (valeur comparative de l'hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des), 747.

Fibro-myomes volumineux (énucléation des) par la voie vaginale, 135.

Flexions utérines (résection cunéiforme de l'utérus dans les), 135.

Grossesse extra-utérine, 496. — et son traitement, 637. — 745. — (hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de), 857.

Hématocèle (massage dans l'), 99.

Hernies et herniotomies au cours de la grossesse et après l'accouchement, 211.

Hystérectomie abdominale, 711. — — abdominale totale, 29. — abdominale totale dans le cancer utérin, 317. — abdominale totale et supra-vaginale comparées, 857. — abdominale totale pour un cancer utérin, 820. — abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse, 857. — (emploi des ligatures résorbables ou non résorbables dans l'), 855. — (la ligature des vaisseaux dans l'), 569. — pour métrite puerpérale aiguë, 461. — (prolapsus de l'épiploon après l'), 532. — sphinctérienne (l'), 711. — vaginale et abdominale (valeur comparative de l') dans le traitement des fibromes utérins et du cancer du col, 747. — vaginale sans pinces à demeure et sans ligatures, 711. — vaginale (traitement des fibromes utérins par l'), 425.

Hystéro-salpyngo-oophorectomie vaginale dans les cas de suppuration pelvienne (complications consécutives à l'), 785.

Incarcération d'un pessaire, 461.

Injections intra-utérines (traitement de différentes affections gynécologiques inflammatoires par des), 605.

Instillations intra-utérines dans les métrites chroniques, 424.

Inversion utérine (causes d'irréductibité dans l') et leur traitement, 673.

Irréductibilité (causes d') dans l'inversion utérine et leur traitement, 673.

Kystes de l'ovaire et du ligament large enlevés par le vagin, 786. — ovariens infectés (traitement opératoire des), 821.

Laparotomie vaginale comme opération exploratrice de la cavité pelvienne, 856.

Lavages intra-utérins (traitement des métrites par les), 495.

Ligament large (kystes de l'ovaire et du) enlevés par le vagin, 786.

Ligatures atrophiantes (résultats des) dans les tumeurs inopérables, 854. — résorbables ou non résorbables daus l'hystérectomie et la salpingo-oophorectomie (emploi des), 855.

Mamelon (traitement des crevasses du) par l'orthoforme, 797.

Médicaments internes employés ên gynécologie, 402, 433.

Ménopause (traitement des accidents de la), 174.

Métrite post-puerpérale (traitement de la) par le drainage, 636. — puerpérale aiguë (hystérectomie pour), 461. — chroniques (instillations intra-utérines dans les), 424. — (traitement des) par les lavages intra-utérins, 495.

Métrorrhagies (traitement des), 245.

Myomes utérins (traitement conservateur dans les cas de), 98.

Névralgies pelviennes, 243.

Ovaire (chirurgie conservatrice de l'), 785. — (kystes de l') et du ligament large enlevés par le vagin, 786. — (prolapsus des), 854.

Ovarienne (opothérapie), 604.

Pelviennes (névralgies), 243.

Pelviens (état actuel des opérations vaginales dans les maladies des organes), 174.

Périnée (Eucaïne B comme anesthésique local, en cas de rupture du), 676.

Périnéorrhaphie (procédé plastique simple pour), 569.

Pessaire (incarcération d'un), 461.

Placenta (action médicamenteuse du), 318.

Plancher pelvien (anatomie et fonction du), 210.

Post-puerpérales (la sérothérapie dans les affections septiques), 282.

Prolapsus utérin (traitement chirurgical du), 496.

Rétroversion utérine (traitement de la), un procédé de vagino-fixation, 743.

Salpingite tuberculeuse, 461,

Salpingo-oophorectomie (emploi des ligatures résorbables ou non résorbables dans la), 855.

Section vaginale, 857,

Sérothérapie dans les affections septiques post-puerpérales, 282.

Sondes volumineuses (perméabilité des trompes aux), 98.

Sténose du col de l'utérus, son traitement, évidement commissural du col, 567.

Stomatoplastie, 567.

Suggestion hypnotique (anesthésie obstétricale par la), 211.

Suppuration pelvienne (complications consécutives à l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale dans les cas de), 785. — (traitement des), 531. — par l'incision du cul-de-sac postérieur, 531, 604.

Trompes (dilatation des), 98.

Tumeurs des annexes (ablation des) par la voie vaginale, 99. — inopérables (résultats des ligatures atrophiantes dans les), 854.

Urètre (restauration de l') chez la femme, 462.

Utéro-annexielles (castration abdominale totale dans les affections septiques), 747.

Utérus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation au cours d'un curettage, 289. — (l'eucaïne B, comme anesthésique local, en cas de curettage de l'), 676. — fibromes pédiculés de l'), 281. — présentant des fibromes (ablation par voie vaginale de l'), 712. — (résection cunéiforme de l') dans les flexions utérines, 135. — (sténose du col), son traitement et évidement commissural du col, 567. — (technique de l'extirpation de l'), 568. — (technique des opérations iutra-abdominales intéressant l'), 426. — (traitement du cancer de l') par l'alun, 352. — (traitement opératoire des déplacements de l'), 712.

Vagin artificiel (formation d'un) par un procédé nouveau, 136. — (kystes de l'ovaire et du ligament large enlevés par le), 786.

Vaginale (ablation des tumeurs des annexes par la voie), 99. — (énucléation des fibro-myomes volumineux par la voie, 135. — (état actuel des opérations) dans les maladies des organes pelviens, 174.

Vagino-fixation (traitement de la rétroversion utérine : un procédé de), 743.

Vaisseaux (la ligature des), dans l'hystérectomie, 569.

Vaporisation (la) et ses dérivés en gynécologie, 855.

Vésico-vaginale (restauration de l'urètre et d'une partie de la cloison) chez la femme, 462.

Voie vaginale (ablation par) de l'utérus présentant des fibromes), 712.

Vomissements incoercibles des femmes enceintes, (massage dans les), 100. — incoercibles (traitement des), 99.

Obstétrique

(Dr Demelin)

Accouchement prématuré provoqué (de l'), 622.

Allaitement artificiel temporaire dans les cas où la sécrétion lactée ne s'établit que tardivement chez la mère, 821.

Avortement habituel (traitement ioduré dans l'. 676.

Césariennes (cent) de Léopold, 822. — (opération et opération de Porro, 175.

Col (méthode rapide de dilatation en cas de rigidité du) au cours de l'accouchement, 713.

Cordon (ligature du), 677, 713.

Digestif (traitement des maladies et des troubles de l'appareil) chez les femmes enceintes, 565.

Dilatation en cas de rigidité du col au cours de l'accouchement (méthode rapide de), 713.

Eclampsie puerpérale (discussion sur le traitement de l'), 497.

Enceintes (traitement des maladies et des troubles de l'appareil digestif chez les femmes), 565.

Epaule (conduite à tenir dans la présentation de l'), 822.

Fièvre puerpérale (injections sous-cutanées a 0.9 0/0 de chlorure de sodium dans la), 822.

Forceps (application de) par le procédé de Loviot, 175.

Grossesse (hémorragies par rupture de varices vulvaires pendant la), 73.

Hémorragies menstruelles (traitement des), 607. — par rupture de varices vulvaires pendant la grossesse, 73. — post-partum (injection hypodermique d'eau salée dans la mort apparente par), 174.

Infection puerpérale (le sérum antistreptococcique dans l'), 498.

Loviot (application de forceps par le procédé de), 175.

Melena des nouveaux-nés (traitement du), 321.

Métrorrhagies (emploi de la gélatine dans les), 606.

Porro (opération césarienne et opération de), 175.

Présentations de l'épaule (conduite à tenir dans les), 822.

Prurit vulvaire des femmes enceintes (ichthyol dans le), 712.

Puerpéralité (appendicite dans ses rapports avec la), 310.

Rigidité du col au cours de l'accouchement (méthode rapide de dilatation en cas de), 713.

Sécrétion lactée (utilité de l'allaitement artificiel temporaire dans les cas où la) ne s'établit que tardivement chez la mère, 821.

Septicémie post-puerpérale (traitement de la) par des injections de sérum antistreptococcique, 638.
Société obstétricale de France, 318.
Symphyséotomies de Pinard, 822. — (un cas de), 677.
Varices vulvaires (hémorragies par rupture de) pendant la grossesse, 73.

Pédiâtrie

(Dr Thiercelin)

Adénite cervicale chez les enfants (traitement de l') par l'iodure de fer à l'état naissant, 751.
Alcoolisme de la nourrice (convulsions du nouveau-né provoquées par l'), 753.
Alimentation artificielle chez des nourrissons atteints de gastro-entérites, 751. — des nourrissons par le lait stérilisé, 787.
Asphyxie des nouveau-nés, 386.
Atrophie infantile par l'emploi méthodique du lait stérilisé, 822.
Badigeonnages cutanés (action modificatrice exercée sur la fièvre chez les enfants par diverses substances appliquées en), 859.
Cardiopathies infantiles (traitement des), 748.
Chlorose chez les enfants (traitement de la), 386.
Chorée des enfants (massage dans la), 137. — infantile (traitement de la), 387.
Colites chez l'enfant (les), 786.
Constipation chronique chez les enfants (traitement de la), 462, 788.
Convulsions du nouveau-né provoquées par l'alcoolisme de la nourrice, 353.
Coqueluche et belladone à haute dose, 136.
Coryza des nourrissons (traitement du), 136.
Diarrhées chroniques chez les enfants, 30.
Diphtérie à l'hôpital des Enfants malades en 1897, 353.
Entérites (laits stérilisés et), 649.
Fièvre chez les enfants (action modificatrice exercée sur la) par diverses substances appliquées en badigeonnages cutanés, 859. — de digestion chez les enfants, 245. — intermittente des enfants (euquinine dans le traitement de la), 463.
Gastro-entérites (alimentation artificielle chez les nourrissons atteints de), 751.
Gastro-intestinales des nourrissons (lavage de l'estomac dans les affections), 353.
Gastro-intestinaux (préparation alimentaire pour nourrissons atteints de troubles), 713. — (traitement des troubles) du nourrisson, 469.
Goitre exophtalmique chez l'enfant (action des bromures et des iodures de strontium dans le), 787,
Hémophilie habituelle chez les enfants (traitement de l'), 751.
Hernie ombilicale chez l'enfant (traitement de la), 713. — étranglées (procédé nouveau de réduction des), 713.
Hydrocéphalie des nourrissons, 385.
Ictère infectieux chez les enfants (traitement de l'), 859.
Injections de sérum artificiel chez les enfants tuberculeux, 823.
Lait stérilisé (alimentation des nourrissons par le), 787. — stérilisé (traitement de l'atrophie infantile par l'emploi méthodique du), 822. — stérilisés et entérites, 649.
Lavage de l'estomac dans les affections gastro-intestinales des enfants, 353.
Lymphatiques et scrofuleux (bons effets de l'iodure d'arsenic chez les enfants), 823.
Nourrisson (traitement des troubles gastro-intestinaux du), 469. — atteints de troubles gastro-intestinaux (préparation alimentaire pour), 713.
Ophtalmo-blennorrhée des nouveau-nés (calomel dans l'). 136.
Paralysies infantiles (traitemeut des), 353.
Pleurésie purulente chez l'enfant, 246.
Ponction lombaire (la) chez les enfants, 858. — simple (pleurésie purulente chez l'enfant guéris par), 246.
Pylore (sténose du) chez le nourrisson. Son traitement chirurgical, 714.
Rayons Rœntgen (traitement du rhumatisme articulaire des enfants par les), 137.
Rhumatisme articulaire des enfants (traitement du) par les rayons Rœntgen, 137.
Saignée (la) en pathologie infantile, 714.
Sangsues (la saignée et les) en pathologie infantile, 714.
Scrofuleux (bons effets de l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques et), 823.
Sérum artificielle (injections de) chez les enfants tuberculeux, 823.
Syphilis congénitale (diagnostic et traitement de la), 859.
Tuberculeux (injections de sérum artificiel chez les enfants), 823.

Pharmacologie

(Dr Vogt)

Absorption diadermique des médicaments, 464.

Acclimatement de l'Européen dans les tropiques, 570.

Acétate de thallium en thérapeutique (l'), 638. — contre les sueurs nocturnes des phtisiques, 166.

Acide osmique au point de vue thérapeutique, 752. — picrique (action de l') dans l'eczéma, 641. — lactique da ns la kératite suppurée, 378. — picrique dans le traitement des blépharites, 418. — picrique dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, 710. — (traitement de l'urétrite blennorrhagique chronique par les instillations d'), 65.

Agar-agar (gelée à l'), 83, 120.

Agar (essai de formulaire des gelées d'), 217.

Air chaud (appareil à) dans le traitement de la goutte et du rhumatisme, 589.

Airol (traitement des ulcères chroniques par l'), 28, 307.

Albuminoïdes (alimentation par les), 357.

Alcalins dans le traitement des dyspepsies (emploi des), 341.

Alcool (cancer du sein traité par l'), 16. — (traitement du cancer par les injections d'), 521.

Alimentation par voie hypodermique, 391. — rectale, 445.

Alumnol et nitrate d'argent dans la pommade à l'anoline dans la blennorrhagie, 459.

Analgésiques recemment découverts (valeur thérapeutique des), 786.

Anésone (l'), 824.

Anesthésique (action de la lactophémie comme), 639.

Anesthésiques locaux, 558.

Angélique (l'), 860.

Antipyrétique (action de la lactophénine comme anesthésique et), 639.

Antipyrine (influence de l') sur le chlorydrate de quinine, 138. — (l'), substances incompatibles, 535. (épidémie d'influenza), 121. — (emploi de l') dans la sciatique, 345.

Anti-tuberculeux (le thiocol, médicament), 427.

Anytine et les anytols, 247.

Apocynum cannabinum, 571. — cannabicum comme diurétique, 100.

Apomorphine (l'), 500. — (Remarques sur l'), 535. (l') et ses emplois, 608.

Argent métallique soluble (emploi thérapentique de l'), 282. — (nouveaux sels d') en thérapeutique oculaire, 134.

Argonine (traitement de la blennorrhagie par les injections d'), 243.

Arsenic (durée du séjour de l') dans l'économie, 67.

Arsenicale (traitement de la pulpe dentaire dénudée par la pâte), 164.

Asaprol (action de l') dans la fièvre typhoïde, 698.

Atropine (action de l'), dans le traitement de la constipation, 127. — dans le delirium tremens, 492. — (emploi de l') pour remplacer l'iridectomie, 558. — (quand et comment faut-il l'employer, 25. — (empoisonnement par l' à dose moyenne, 641.

Bains de boue (les), 861. — de rivière et bains de sable, 284.

Balnéaire (influence exercée sur la diurèse par divers procédés de thérapeutique), 284.

Balnéothérapie (état actuel de la question de la), 392.

Behring (sérum de) dans les affections qui ne sont pas provoquées par le bacille de Klebs-Loeffler, 85.

Belladone à haute dose (coqueluche et), 136.

Benjoin (emploi de teinture de) dans l'entérite aiguë, 88.

Bicarbonate de soude (succès partiel obtenu dans un cas de coma diabétique par injection sous-cutanée d'une solution de 20 grammes de et 7 gr. 50 de chlorure de sodium pour 1000, 589. — de soude dans les suppurations (pansement au), 735. — de soude et chlorure de sodium traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, par les injections intra tympaniques de), 23.

Bichromate de potasse contre les verrues, 170.

Biiodure de mercure dans les affections gynécologiques, 29.

Bismuth (influence exercée sur l'hyperchlorhydrie par les fortes doses de), 276.

Bleu de méthylène (le), 189, 226, 258, 291. — (observations concernant le), 137.

Boue (les bains de), 861.

Bromhydrate d'arecoline (action du), 500.

Bromures et iodures de strontium dans le goitre exophtalmique chez l'enfant (action des), 7[illegible].

Butaline (eau amère de) son action sur l'assimilation des graisses), 32.

Cactus grandiflorus (action de l'extrait fluide de), sur le cœur et la circulation, 736.

Calomel (injections profondes intra-musculaires de) en thérapeutique oculaire, 455. — en i-

jections hypodermiques contre le lupus, 380. — (injections de) dans le traitement de la syphilis, 709. — (injections intra-musculaires de) dans le traitement de la syphilis, 457. — (les injections de) dans quelques affections de la peau, 849. — dans l'ophtalmo-blennorrhée des nouveaux-nés, 136.

Capsules surrénales (action de l'extrait de) dans la syncope chloroformique, 557. — surrénales (extrait aqueux de) en ophtalmologie, 420. — (extrait de) et son emploi dans la thérapeutique oculaire, 559. — surrénales (des plus simples procédés de préparation de l'extrait des), 640.

Carbonate de créosote (fétidité de l'haleine et son traitement par les injections de) 847. — de gaïacol (toxicité du), 138.

Carbure de calcium (traitement du cancer du sein inopérable par le), 521.

Caséine (onguent de) en dermatologie, 850.

Chelidonium majus dans le traitement du cancer laryngé, 68. majus dans le cancer cutané, 133. — dans le cancer des paupières et de la face, 634.

Chinosol (du), 32.

Chlorate de potasse (traitement des brûlures par le), 773. — de soude (action du) dans les gastro-pathies, 445.

Chloréthyle (pulvérisations de) dans la pelade, 381.

Chloroforme (emploi du) en cas d'amygdalotomie, 93. — et éther (anesthésie générale par l'emploi du mélange de), 735. — (mélange composé de 2 parties de) et 1 d'éther, 483.

Chlorure de chaux en gynécologie (emploi de la solution de), 820. de sodium (injections sous-cutanées à 0,9 0,0 de) dans la fièvre puerpérale, 822. — d'éthyle (anesthésie générale par le), 556. — d'éhyle dans la péridentite, 735. — de zinc (emploi du) dans les abcès alvéolaires, 734. — de sodium (traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne par des injections intra-tympaniques de bicarbonate de soude et de), 23.

Chlorydrate de cotarnine (emploi thérapeutique du), 715. — d'hydrastinine (action du), 247. — de quinine (influence de l'antipyrine sur le), 138.

Chromique (acide) contre les synéchies nasales, 493.

Citrate d'argent (propriétés antiseptiques du) et du lactate d'argent, 753.

Clystères diurétiques (action remarquable de), 499.

Colchique dans la goutte, 233.

Coronilline (la), 698. — au lit du malade (emploi de la), 67.

Corps thyroïde (emploi du formol pour la conservation du), 728.

Cotarnine (action des chlorhydrates d'hydrastinine et de), 427.

Courants faibles (efficacité des) en électrothérapie, 392.

Créosotal (toxicité du), 138. — (action du) et du duotal dans la phtisie pulmonaire au début, 844.

Créosote (toxicité de la), 138. — (traitement de la pneumonie lobaire par les lavements de), 627.

Crésamine (valeur désinfectante de l'éthyléne diaminecrésol ou), 349.

Crymothérapie dans la tuberculose pulmonaire, 278.

Cyanure de mercure (traitement de l'urétrite blennorrhagique par le), 819.

Dermatol (emploi du) dans la pratique chirurgicale, 482.

Desichtol (le), 176.

Dialyse (extraits végétaux obtenus par), 752.

Digitoxine (pouvoir rotatoire de la), 11.

Diurèse (influence exercée sur la), par divers procédés de thérapeutique balnéaire, 284.

Diurétine (action de la) dans les cardiopathies et les maladies des reins, 814.

Diurétique (apocynum cannabicum comme), 109. (les sucres comme), 608.

Diurétiques (emploi des) dans le mal de Bright, 173.

Doses fortes, 388.

Duotal (action du créosotal et du) dans la phtisie pulmonaire au début, 844.

Eau salée (injection hypodermique d') dans la mort apparente par hémorragie post partum, 174. — calcaire effervescente (traitement de la diarrhée catarrhale par l'), 127. — minérales (action de certaines drogues et) sur la sécrétion et la composition de la bile, 594. — chaude (hernie étranglée, emploi de l', 703. — bromoformée, 444. — oxygénée dans le traitement des vomissements de la grossesse et de la tuberculose, 194.

Eaux mères de salines (étude du traitement par les), 176.

Economie animale (action de l'extrait de capsules surrénales sur l'), 640.

Eczéma (action de l'acide picrique dans l'), 641.

Empoisonnement aigu par le phosphore ou la morphine (traitement de l'). 572. — par l'atropine à dose moyenne, 641.

Eruptifs (accidents) dus à l'emploi de l'exalgine, 231.

Ether (traitement des névralgies et des céphalées par le spray à l'), 737. — (anesthésie générale par l'emploi du mélange de chloroforme et d'), 735. — iodoformé (traitement des abcès migrateurs du mal de Pott par les injections d'), 663. — mélange composé de deux parties de chloroforme et une d'), 483.

Eucaine A et eucaïne B (action de l') sur l'œil, 599. — B. comme anesthésique local en cas de rupture du périnée et de curettage de l'utérus, 676. — B. en stomatologie, 443. — (emploi de) dans les affections de l'œsophage et du rectum, 341. — dans la chirurgie dentaire, 483. — comme anesthésique local, dans la chirurgie du pharynx, du nez et des oreilles, 92.

Eucalyptus (actinomycose pulmonaire; guérison par l'emploi d'huile d'), 815.

Euquinine dans le traitement de la fièvre intermittente des enfants, 463. dans la fièvre palustre, 272, — (l') dans la malaria 196. — (valeur thérapeutique de l'), 715.

Evian (Indication et contre-indication des eaux d'), 716.

Exalgine (accidents éruptifs dus à l'emploi de l'), 231.

Ferments en thérapeutique, 100.

Ferrugineuse (recherches concernant une préparation) nouvelle, 212.

Formagène dans les pulpites (emploi du), 734.

Formaline (de la) dans l'accouchement, 321.

Formol (emploi du) dans les cas de cancer inopérable, 237. — pour la conservation du corps thyroïde (emploi du), 728.

Frictions salicylées dans le rhumatisme, 480.

Frigothérapie (thermothérapie et), 679.

Gaïacol (traitement des pleurésies séreuses par l'administration cutanée du), 523. — (toxicité du), 138.

Gélatine (emploi de la) dans les métrorrhagies, 606. — (injections de) dans le traitement des anévrismes, 814. — (traitement des anevrismes par la), 736.

Glutol (le) et l'emploi du paraformol pour la désinfection, 340.

Glycérine créosotée, (traitement des abcès froids par la), 483.

Gossypium herbaceum (action de l'extrait fluide de racine de), 639.

Graisses (action de l'eau de Butaline sur l'assimilation des), 32.

Grossesse (l'eau oxygénée dans le traitement des vomissements de la), 194.

Hémoglobine (effets de l'exercice sur l') importance du repos dans le traitement de l'anémie, 589.

Heure du médicament, 116.

Hexaméthylènetétramine (utilisation thérapeutique d'un produit de condensation du tanin et de l'), 31.

Hologaïne (de l'), 26. — en ophtalmologie, 25. — (l') comme anestésique local en oto-laryngologie, 345.

Huile créosotée (introduction d') à travers la canule, chez un trachéotomisé, 93. — d'olive à haute dose (traitement de la colique hépatique par l'), 17.

Hydrastinine (action des chlorhydrates d') et de cotarrine, 427.

Hydrothérapie (diabète et), 233.

Hydrothérapique (traitement) de la rougeole, 84.

Hypnal (étude clinique et thérapeutique de l'), 607.

Ichtyol dans la variole (l'), 591. — dans la variole et dans la rougeole, 373. — dans le catarrhe laryngé aigu, 421. — dans le prurit vulvaire des femmes enceintes, 712. — dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 311. — (emploi thérapeutique de l'), 68. — en ophtalmologie (emploi de l'), 419. — (traitement de la gonorrhée par les injections d'), 424.

Injections de gélatine dans le traitement des anévrismes, 814. — gélatineuses et régime alimentaire dans le traitement des anévrismés, 814. — de sérum antistreptococcique (traitement de la septicémie post-puerpérale par des), 638. — sous-cutanées à 0.9 0.0 de chlorure de sodium dans la fièvre puerpérale, 822. — salines (résultats fournis par l'emploi des) dans les maladies infectieuses, 729. — antidiphtériques préventives (action des) chez les scarlatineux 808.

Iode (administration de l'), à l'aide du vasogène, 501. — (injections parenchymateuses d') dans les maladies oculaires de nature scrofuleuse, 455. — (traitement du trachome par l'), 559. — métallique dans la syphilis, 170. — (térébenthine et) dans la trichophytie, 818. — (méthode pratique pour injecter l') sous la peau dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 814. — (traitement de la forme cutanée du charbon par les injections d'), 273.

Iodée (la médication), 678.

Iodées (les préparations) et leur dosage dans le traitement de la syphilis), 741. — (traitement de l'actinomycose par les préparations), 273.

Iodoforme (pour l'), 212.

Iodol (prescription de l'), 679.

Iodoterpine (de l'), 31.

Iodothyrine (action thérapeutique de l'), dans les goitres, 158.

Iodure d'arsenic (bons effets de l') chez les enfants lymphatiques et scrofuleux, 823. — de fer à l'état naissant (traitement de l'adénite cervicale chez les enfants par l'), 751. — de strontium (action des bromures et des) dans le goître exophtalmique chez l'enfant, 787.
(traitement) dans l'avortement habituel, 676.
Kératine (la) dans le traitement de la syphilis, 380.
Koumiss dans la tuberculose (du), 344.
Lactate d'argent (propriétés antiseptiques du citrate d'argent et du), 753.
Lactique (emploi de l'acide) dans le traitement de l'endométrite, 97.
Lactophénine (la) contre l'insomnie des aliénés, 527. — (action de la) comme anesthésique et antipyrétique, p. 639.
Lanoline anhydre comme véhicule des injections hypodermiques, 390.
Laurier (composition de l'extrait de), 839.
Lavements d'eau salée (Résorption des), 677. — d'eau chaude (traitement de l'épistaxis et de l'hémoptysie par les), 668.
Limonothérapie dans les maladies de l'enfance, 68.
Losofan (le) en dermatologie, 851.
Manganèse dans le traitement de la dysménorrhée, 245.
Marmoreck (traitement des conjonctivites membraneuses staphylo-streptococciques par le sérum de), 206.
Médicament (l'heure du), 116, (absorption diadermique des), 464.
Mercure (traitement de la syphilis dans l'armée par les injections intra musculaires de), 209. — dans l'anasarque cardiaque (action diurétique du), 238.
Mercurielles (les frictions), 850.
Moelle osseuse crue (guérison de la maladie de Werlhof par la), 518.
Morphine (la), 500. — (quelques dérivés de la), 679. — (traitement de l'empoisonnement aigu par le phosphore ou la), 572.
Muguet dans les affections rénales et cardiaques, 312.
Naphtalan (le), 240. — (action du), 709. — dans le traitement de quelques affections cutanées, 423. — (emploi du) dans les dermatoses et la syphilis, 741.
Naphtol B camphré (toxicité du), 408.
Niaouli (action thérapeutique de l'essence de), 407.
Nitrate d'urane (traitement du diabète sucré par le), 13. — de plomb (traitement de l'ongle incarné par le), 275. — d'argent (alumnol et) dans la pommade à l'anoline dans la blennorrhagie, 459.
Nitroglycérine (la) comme hémostatique dans l'hémoptysie, 524.
Nocive (action) accessoire de certains médicaments, 640.
Nucléine (emploi de la) comme agent thérapeutique, 861.
Opium (effets produits par l'ingestion habituelle d') au point de vue de la chirurgie opératoire, 482. — (traitement de l'épilepsie par l'), 597.
Opothérapie (état actuel de l'), 354. 356. — ovarienne, 351, 604. — surrénale, 197. — surrénale chez les addisoniens, 699.
Orthoforme en gynécologie (l'), 325. — (traitement des crveasses du mamelon par l'), 797. — en laryngologie, 345. — (l'), 177. — (action de l') dans l'organisme, 499. — (émulsion d'), 752.
Oxygène (traitement de l'urémie par les inhalations d'), 806.
Pancréas (traitement du diabète par les préparations de), 700.
Paraformol (le glutol et l'emploi du) pour la désinfection, 340.
Périplocine (injections sous-cutanées de) dans les affections cardiaques, 525.
Permanganate de potasse dans le traitement de l'ophtalmie purulente (solutions concentrées de), 134.
Péronine (action de la), 464. — (la) son action sur la toux, 535.
Pétrole (huile brute de) dans le traitement de la diphtérie oculaire, 169.
Phénocolle (traitement de la coqueluche par le), 592.
Phénosol (le pyrosal et le), 752.
Phlébotomie (emploi de la), 391.
Phosphore (traitement du rachitisme par le), 726. — (traitement de l'empoisonnement aigu par le), 572.
Photothérapie (de la), 535.
Picrique (traitement des brûlures par l'acide), 130. — 600.
Pilocarpine (la) dans la pneumonie, 203. — (effets de la) dans la pneumonie franche, 277. — (la) dans la maladie de Bright, 173.
Pinus sylvestris dans les affections cutanées (action de l'extrait aqueux de), 742.
Pôles (différence d'action des deux), 32.
Pommade salicylée dans le traitement du catarrhe printanier, 206.
Pommades (Ferraline, nouvel excipient pour), 212.
Précipité jaune (préparation de la pommade au), 464.
Principes actifs dans les végétaux (Conditions physiologiques de présence des), 839.

Protargol antiblennorrhagique et antiseptique nouveau, 66. — (emploi du) dans les inflammations des voies urinaires, 603. — (traitement de la blennorrhagie aiguë par le), 96. — (traitement de l'uréthrite à gonocoques par le), 458. — (traitement de l'uréthrite blennorrhagique aiguë par le), 603. — (traitement de l'urétrite blennorrhagique par le), 819. — 853. — (usage du) dans la théra peutique génito urinaire, 473. — (emploi du) et en général des sels d'argent en thérapeutique oculaire, 777. — (le) en ophtalmologie, 419, — (traitement de la blennorrhagie chez la femme par le), 532.

Protoxyde d'azote (emploi du) pour les opérations de longue durée, 125.

Pyoctanin (traitement des néoplasmes de la vessie par le), 382.

Pyramidon (emploi du) dans les affections nerveuses, 344.

Pyrosal (le) et le phénosol, 752.

Quinine (emploi de la) dans l'hémoglobinurie malarique, 808. — (l'épidémie d'influenza), 121.

Quinoline (désintoxication de la) par introduction du soufre dans sa constitution chimique, 640.

Raisin (les cures de), 716.

Rate (organothérapie de la fièvre palustre par l'extrait de la), 374.

Résorcine (de la) dans les papillomes vénériens, 529.

Respiration artificielle forcée au moyen de l'appareil de O'Dwyer, 391.

Rhamnine (la), 391.

Rhodanate de quinoline et bismuth, 640.

Rhus aromatica (traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants par l'extrait de), 571.

Saccharine (action de la), 357.

Saignée (emploi de la) dans l'urémie, 199. — (indications et résultats de la), 689. — rectifiée (de la), 4 et 44.

Salicylate de méthyle, 428. — de méthyle (applications locales de), 248. — de méthyle (guérison rapide de l'orchite ourlienne par les badigeonnages au), 710. — de méthyle pur dans le rhumatisme (usage interne du), 54. — de méthyle (traitement de l'endométrite par les crayons de) et d'airol, 748. — de nicotine et son emploi dans les cas de scabiès, 634. — de soude (traitement des exsudats séreux de la plèvre par le), 60.

Salicylée (médication) dans l'albuminurie rhumatismale, 14.

Salicylique (pommade) dans le rhumatisme articulaire, 233.

Salines (étude du traitement par les eaux mères), 176.

Salol (association de) et essence de santal dans les affections urinaires, 384. — les exsudats séreux pleurétiques, 416.

Salophène (du), 139. — (le), 641.

Saponaires (scille et), 283.

Santal (association de salol et d'essence de) dans les affections urinaires, 384.

Scille en médecine infantile (le), 463. — et saponaires, 283.

Sels d'argent en thérapeutique oculaire (nouveaux), 134. — de quinine (injections sous-cutanées de), 138.

Séneçon (emploi du) dans l'aménorrhée fonctionnelle, 460.

Serka (valeur thérapeutique des bains de), 641.

Sérum antistreptococcique (action du) dans l'érysipèle de la face, 769. — antistreptococcique dans la scarlatine, 769. — antituberculeux de Maragliano, 769. — artificiel (traitement de la colique saturnine par les injections sous cutanées de), 479. — antistreptococcique dans l'infection puerpérale, 498. — antidiphérique (mort subite après une injection de 10 cc. de) chez une jeune asthmatique, 702. — antidiphtérique (noma diphtérique, traitement par le), 701. — antistrepto coccique (injection de), dans la scarlatine, 702. — (emploi des) dans le traitement de la tuberculose, 505, 541. — (tétanos, guérison par les injections de), 591. — antistreptococcique (streptococcie pulmonaire, injection de), 670. gélatineux (emploi du) dans les hématuries vésicales d'origine néo-plasique, 710.

Spartéine dans le traitement de la maladie de Parkinson, 240.

Stigma maïdis. Influence sur la contractilité de l'utérus, 570.

Stomatologie (eucaïne B. en), 443.

Strophantine (valeur thérapeutique de la), 388.

Strophantus (emploi de la teinture de) dans les affections cardiaques, 279.

Strychnine (la) dans l'alcoolisme, 372.

Stypticine (de la), 534.

Sublimé (traitement de l'iritis par des injections sous-conjonctivales de), 630. — (traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intraveineuses de), 53.

Suc pulmonaire (action du), 343. — (effets thérapeutiques du), 415. — (emploi du), 343.

Sucres (les) comme diurétiques, 608.

Sulfate de magnésie (le) dans la dysenterie des pays chauds, 196.

Sulfophénate de soude comme prophylactique de la scarlatine, 807.

Sulfuré (traitement) contre les amyotrophies, 526.
Suppositoires (pommades urétrales et) urétraux, 818.
Tanin (utilisation thérapeutique d'un produit de condensation du) et de l'héxaméthylène tétramine, 31.
Tannoforme (le) en pédiatrie, 858.
Thyroïde (traitement de l'obésité par les préparations de glande), 270. — (action des préparations de glande) dans les maladies mentales, 528. — (extrait du corps) dans la néphrite chronique, 853. — (de la glande) dans les affections gynécologiques, 100. — (traitement) des maladies de l'oreille 779. — (Extrait) contre le cancer, 592. — (traitement) de la lèpre, 494. (traitement du goitre), 234. — (goitre exophtalmique et médication), 518. — (traitement de l'obésité au moyen de préparations), 806. (traitement de l'otite catarrhale chronique par la), 847.
Terraline nouvel excipient pour pommades, 212.
Thermothérapie et frigothérapie, 679.
Thiocol (le) médicament antituberculeux, 427.
Toux (la péronine, son action sur la), 535.
Toxalbumoses végétales (propriétés anticoagulantes des), 176.
Tuberculines de Koch O. et R. (traitement de la tuberculose oculaire par les nouvelles), 454.
Tuberculose (eau oxygénée dans le traitement des vomissements de la), 194.
Urée (valeur thérapeutique de l') dans le traitement de l'ascite au cours de la cirrhose atrophique, 669. — (action diurétique de l'), 211.
Urine (traitement de l'incontinence d') chez les enfants par l'extrait de rhus aromatica, 571.
Urophérine (l'), 789.
Urotropine (utilisation thérapeutique d'un produit de condensation du tanin et de l'), 31.
Ustilago maïdis. Influence sur la contractilité de l'utérus, 570.
Utérus (stigma maïdis et ustilago maïdis. Leur influence sur la contractilité de l'), 570.
Vasogène (administration de l'iode, à l'aide du), 501.
Végétarien (le régime), 447.
Végétaux (conditions physiologiques de présence des principes actifs dans les), 839.
Vésicatoire en ophtalmologie, 207. — chez les enfants (du), 714. — (le), 138.
Vins non alcoolisés (emploi diététique et thérapeutique de), 824.
Vomissements de la grossesse et de la tuberculose (eau oxygénée dans le traitement des), 194.
Vomitifs (l'infection bronchique et les), 278.
Xéroforme (emploi interne et externe du), 824. — (action du), 139. — dans le chancre mou, 494.

Electrothérapie et Massothérapie.

(Dr Berne)

Arc de Volta (application thérapeutique de l'), 643.
Bains hydro-électriques (sciatique traitée par les), 526.
Caustiques (tissu doué de propriétés électrodynamiques et), 609.
Courants continus (tumeur du sein réputée maligne guérie par les), 522. — de haute fréquence (applications des) dans un cas de luxation de l'épaule, 732. — de Morton dans le traitement de l'incontinence d'urine, 571.
Electricité (myélite aiguë grippale traitée par l'), 577. — (traitement de l'hémiplégie par l'), 20. — (traitement de la sciatique par l'), 491. — (valeur de l') dans le traitement sciatique, 102. (ozène traité par l'), 24.
Electrique (traitement de la gastralgie hystérique), 813. — (traitement de certaines affections de la peau et des muqueuses, 528. — (traitement de la neurasthénie), 21 — (traitement de la névralgie faciale), 417. — (traitement) de la névralgie du trijumeau, 129. — (traitement) des névralgies, 526.
Electrodynamiques (tissu doué de propriétés), 609.
Electrolyse interstitielle cuprique (traitement de l'ozène par l'), 346. — linéaire (traitement des rétrécissements blennorrhagiques de l'urètre par l'), 383. — (valeur de l') dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, 75, 109.
Electrolytique (méthode) dans le traitement des rétrécissement de l'urètre, 67.
Fractures simples (traitement des) par le massage, 644.
Hémiplégie cérébrale (valeur thérapeutique de l'électricité dans le traitement de l'), 104.
Massage abdominal (action diurétique du) dans les affections du cœur, 415. — (contribution à la technique du), 860. — (traitement des fractures simples par le), 644. — vibratoire (valeur du) dans les affections oculaires, 643. — dans la chorée des enfants, 137. — dans l'hématocèle, 99. — dans les vomissements incoercibles des femmes enceintes, 100. — de la région de la vésicule biliaire (constipation rebelle guérie par le), 813. — (traitement de la myotomie par le), 130. (traitement des fractures par la mobilisation des fragments et le), 56.
Neurasthénie (contributions de l'électrothérapie au diagnostic et au traitement de la), 103.

Oculaires (valeur du massage vibratoire dans les affections), 643.
Rayons X (action des), 643. — (action des) sur la tuberculose, 642.
Sciatique (valeua de l'électricité dans traitement), 102.
Tuberculose (action des rayons X sur la 642.
Urine (les courants de Morton dans le traitement de l'incontinence d'). 571.

Formulaire de Thérapeutique clinique.

Angine aiguë non diphtérique, 753. — de poitrine, 358.
Artério-sclérose, 429.
Coqueluche, 250, 285.
Dyspepsie et infections gastro-intestinales infantiles, 644, 681, 717.
Eczéma infantile, 465.
Erysipèle, 213.
Gastro-intestinales infantiles (dyspepsie et infections), 644, 681.
Grippe, 69, 104, 140.
Leucoplasie buccale, 321.
Rhumatisme articulaire aigu, 33.
Sciatique, 502.
Syphilis, 536, 572, 610.
Tænias, 393.
Tuberculose pulmonaire, 789, 825. 862.

Petite Chronique

Petite chronique, 34, 70, 105, 141, 177, 214.

Variétés et Nouvelles

Accouchements à domicile (service des), 683.
Affaire Laporte, 179. — Vacher, 360.
Appendicite (la peur de l'), 287.
Articles réclames, 251.
Association de la Presse médicale française, 359, 539. — française de chirurgie, 467. — française d'urologie, 538, 755.
Bacille de la diphtérie dans l'eau bénite (présence du), 395.
Belgique (situation sanitaire en), 573.
Bismarck (le cerveau de), 863.
Boites de secours (les), 826.
Cabinet médical (un nouveau), 394.
Castration (la peine de la). 467.
Cercueils (gardes-malades et marchands de), 503.
Certificats médicaux, 720.
Charlatans (les) en Allemagne, 573.
Cinématographe en médecine (le), 682.
Concours des hôpitaux, 394.
Congrès, 754. — de l'Exposition universelle de 1900, 286. — de la tuberculose, 538. — français de médecine, 143. — international de médecine de 1900, 359.
Corps de santé militaire, 430, — de santé militaire allemand, 107. — étranger de l'oreille. Tentatives d'extraction faites sur l'autre oreille, 864.
Corset (néphroptose et), 612.
Cours de laryngo-rhinologie et otologie, 791. — de cliniques des maladies cutanées et syphilitiques, 826. — de clinique des maladies des voies urinaires, 791. — de pathologie générale, 322. — de pathologie chirurgicale, 791. — de thérapeutique, 791. — libres, 791. — payants dans les hôpitaux (les), 683.
Crèches (les secours aux), 35.
Critique scientifique (le droit de), 755.
Cuba (dépenses pharmaceutiques de l'Espagne pendant la campagne de), 719.
Dangers du chemin de fer (les), 180.
Dénonciations contre les médecins, 216.
Dents (extractions des) à l'électricité, 287.
Diphtérie (propagation de la), 144. — (présence du bacille de la) dans l'eau bénite, 395.
Distinctions honorifiques, 179, 863.
Doyen des médecins de France (le), 827.
Eau bénite (présence du bacille de la diphtérie dans l'), 395.
Elections, 394.
Enfance abandonnée (l') à Montévidéo, 646.
Fourmies (les) comme serres-fines, 791.
Garde-malades et marchands de cercueils, 503.
Gonocoque (faut-il rechercher et traiter le) chez les prostituées, 539.
Hémostase sur le champ de bataille, 863.
Honoraires (les futurs) pour soins à l'hôpital, 430.
Hopitaux aux indigents (les), 539.
Incident Variot (l'), 719.
Indigents (les hôpitaux aux), 539.
Infirmerie de Saint-Lazare, 72.

Lebaudy (épilogue de l'affaire), 755.
Lèpre (sérothérapie de la), 573.
Magnétiseur condamné, 179.
Maladies de l'estomac, 252.
Médicament (un nouveau), 467.
Mensonges devant la justice, 179.
Nécrologie, 107, 684. 719, 756, 827.
Néphroptose et corset, 612.
Nominations, 430, 503.
Ordre des médecins, 72.
Pagello (le docteur), 216.
Patente des médecins (la), 251.
Presse médicale française (association de la), 539, 863.
Prix Chateauvillard, 322.
Procès Boileux-La Jarrige (revision du), 863.
Prostituées (faut-il rechercher le gonocoque chez les), 539.
Rapport Socquet (le), 216.
Réforme de l'expertise médico-légale, 827.
Remplacements de médecins, 539.
Revue des sciences médicales, 826.
Sanitaire (situation) en Belgique, 573.
Scarlatine (propagation de la), 144,
Secours aux crèches, 35.
Sérothérapie de la lèpre, 573.
Société de médecine légale de France, 322.
Sou médical (le) 35.
Spécialités à l'étranger, 503.
Statistiques (comment les Turcs comprennent les), 683.
Suicide (tentative de) du Dr Boisleux, 719.
Syndicats médicaux de France (union des), 755.
Trachome (le), 611.
Tuberculose (congrès de la), 538.
Urologie (association française d'), 538.
Vacances (les), 467.
Vente de substances vénéneuses, 503.
Victime du devoir professionnel, 359.
Vins médicamenteux (les), 720.

Bibliographie

Accouchements (traité de l'art des), 539.
Alcoolisme (l'), 108.
Aménorrhée (la dysménorrhée et l'), 468.
Annual and analytical cyclopœdia of practical medicine, 468.
Appendicite (l'), 108.
Bactériologie clinique (guide pour les analyses de), 576. — (précis de), 468.
Bleu de méthylène (administration du), 468.
Chimie biologique (physiologie, physique biologique), 684.
Chirurgie clinique et opératoire (traité de), 574, 827.
Cou (chirurgie du), 323.
Doctrine microbienne (origine de la), 144.
Dysménorrhée (la) et l'aménorrhée, 468.
Eczéma (l'), 574.
Enfants (pour nos), 684.
Epilepsie (recherches sur l'), 648.
Fièvre jaune, 575.
Folie post-opératoire, 468.
Formulaire des médicaments nouveaux, 144. — hypodermique et opothérapique, 756.
Fractures du maxillaire inférieur (traitement des), 396.
Grippe (la), 684.
Gymnastique médicale suédoise (traité de), 324.
Gynécologie (traité médico-chirurgical de), 288.
Honoraires médicaux (code pratique des), 360.
Hygiène respiratoire et cutanée de l'enfance dans les villes, 324.
Hystérie (recherches sur l'), 648.
Idiotie (recherches sur l'), 648.
Intestin (chirurgie de l'), 396.
Laboratoire de psychologie de la clinique de la Salpêtrière, 792.
Larynx (clinique des maladies du), 756.
Lexique formulaire des nouveautés médicales, 324.
Livret médical,carnet de santé du docteur. 288.
Magnétisme vital, 324.
Maladies évitables (les), 252.
Maxillaire inférieur (traitement des fractures du), 396.
Médecine et thérapeutique (traité de), 864.
Médicaments nouveaux (revue des), 288.
Névropathique (la famille), 540.
Nos bons moments et nos fichus quarts d'heure, 468.
Notes sur l'hygiène respiratoire et cutanée de l'enfance dans les villes, 324.
Opothérapie (l'), 612.
Pathologie chirurgicale générale (nouveaux éléments de), 36.

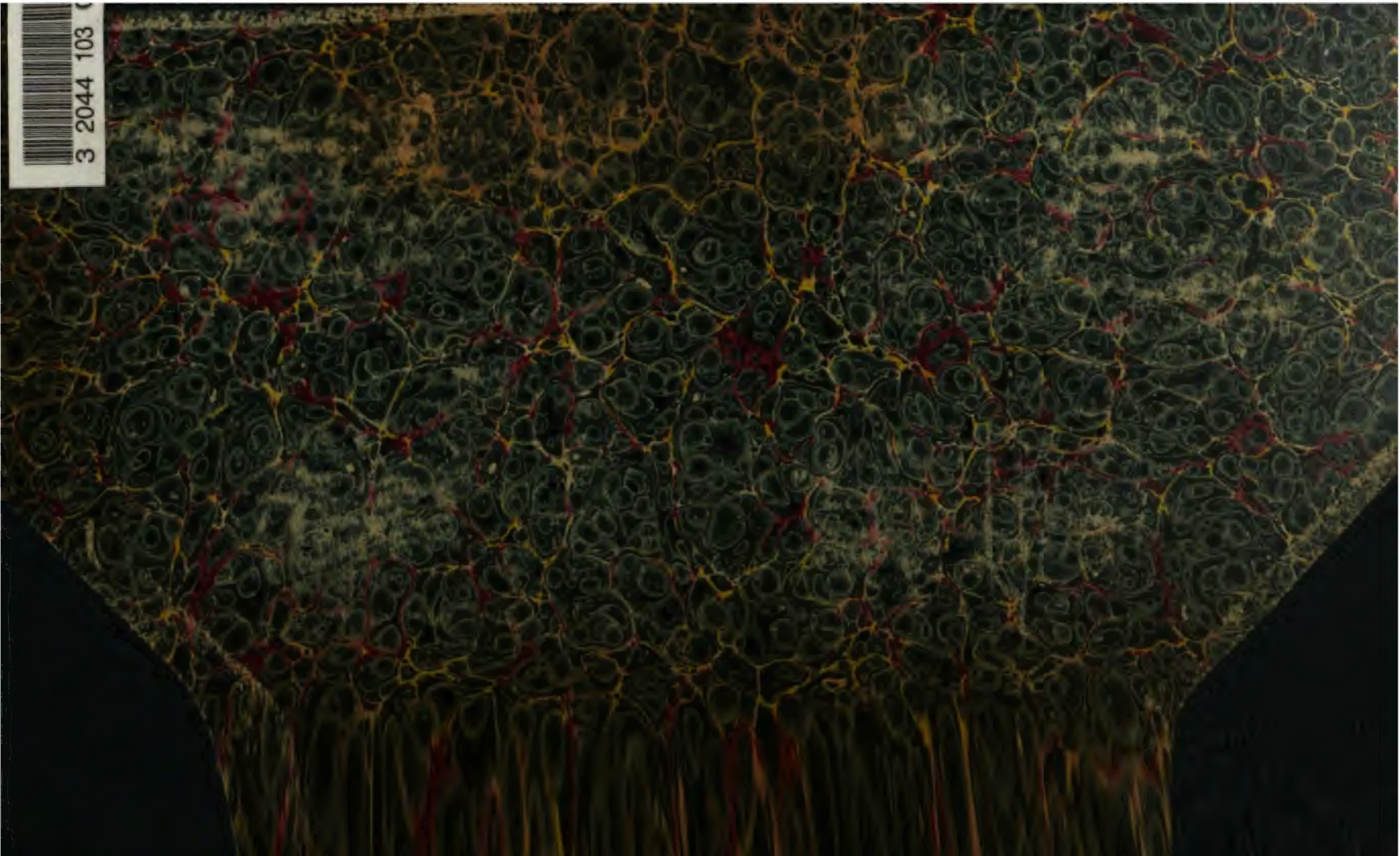
Physiologie et pathologie de la sécrétion gastrique, 180. — physique biologique, chimie biologique, 684.
Physique biologique, chimie biologique (physiologie), 684.
Sécrétion gastrique (physiologie et pathologie de la), 180.
Sérothérapie, 431.
Service chirurgical du Dr Gallet, 36.
Technique bactériologique, 468.
Tuberculide cutanée (à propos d'un nouveau cas de), 684.
Tuberculose et son traitement hygiénique, 324. — rénale, 792.
Urétrites chroniques chez l'homme (les), 501.
Voies urinaires (chirurgie des), 828.
Voix (troubles de la), 431.

FIN DES TABLES

Nancy Imprimerie, E. Lasnier, Directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris

41e
810+

3 2044 103



14 103 015 699